



ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

“DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS OPERATIVOS DE LA EMPRESA ASESORA DE SEGUROS BEST SEGUROS PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL SERVICIO AL CLIENTE”

ADALIPSA PAOLA AGUILAR RODRÍGUEZ

Tesis presentada como requisito previo a la obtención del grado de:

INGENIERA COMERCIAL

AÑO 2009

ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO
INGENIERÍA COMERCIAL

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Adalipsa Paola Aguilar Rodríguez

DECLARO QUE:

El proyecto de grado denominado "Diagnóstico y Plan de Mejoramiento de los Procesos Operativos de la Empresa Asesora de Seguros Best Seguros para la Optimización del Servicio al Cliente", ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan el pie de las páginas correspondiente, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es mi autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.

Quito, julio 2009

Adalipsa Paola Aguilar Rodríguez

ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO
INGENIERÍA COMERCIAL
CERTIFICADO

Ing. René Bueno
Ec. Juan Carlos Erazo

CERTIFICAN

Que el trabajo titulado "Diagnóstico y Plan de Mejoramiento de los Procesos Operativos de la Empresa Asesora de Seguros Best Seguros para la Optimización del Servicio al Cliente" realizado por Adalipsa Paola Aguilar Rodríguez, ha sido guiado y revisado periódicamente y cumple normas estatutarias establecidas por la ESPE, en el Reglamento de Estudiantes de la Escuela Politécnica del Ejército.

Debido a que el presente estudio está enfocado a mantener estándares de excelencia en el servicio de la Empresa Asesora de Seguros Best Seguros si se recomienda su publicación.

El mencionado trabajo consta de un documento empastado y un disco compacto el cual contiene los archivos en formato portátil de Acrobat (pdf). Autorizan a Adalipsa Paola Aguilar Rodríguez que lo entregue a Ing. Fanny Cevallos, en su calidad de Director de la Carrera.

Quito, julio 2009

Ing. René Bueno
DIRECTOR

Ec. Juan Carlos Erazo
CODIRECTOR

ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO
INGENIERÍA COMERCIAL

AUTORIZACIÓN

Yo, Adalipsa Paola Aguilar Rodríguez

Autorizo a la Escuela Politécnica del Ejército la publicación, en la biblioteca virtual de la Institución del trabajo "Diagnóstico y Plan de Mejoramiento de los Procesos Operativos de la Empresa Asesora de Seguros Best Seguros para la Optimización del Servicio al Cliente", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Quito, julio 2009

Adalipsa Paola Aguilar Rodríguez

DEDICATORIA

Con ferviente amor, dedico esta tesis a dos personas extraordinarias que han sembrado en mi, valores, principios, disciplina y han sabido guiarme siempre en el camino de Dios.

Ustedes me enseñaron el valor de la libertad y me dieron armas poderosas como la sabiduría, el coraje y la fortaleza, que me han permitido ir detrás de mis sueños y hacerlos realidad.

Mi inmensa gratitud para estos dos seres que han sido el pilar de mi existencia y la muestra más grande de amor.

Para Ustedes está dedicada esta tesis, seres excepcionales que estuvieron apoyándome de una u otra manera en la realización y culminación de la misma.

Mis logros son para Ustedes, mis amados padres: Manuel Antonio y María Dolores.

"No temas, porque yo estoy contigo; no desmayes, porque yo soy tu Dios que te esfuerza; siempre te ayudaré, siempre te sustentaré con la diestra de mi justicia" Isaías 41-10

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a Dios y a mis padres por haberme dado la vida y las herramientas necesarias para triunfar.

Agradezco también, a mi Director y Codirector de Tesis, Ing. René Bueno y Ec. Juan Carlos Erazo, por brindarme su tiempo y paciencia; además, por orientarme con sus conocimientos y experiencia, lo cual contribuyó al éxito en el desarrollo y culminación del presente estudio.

A mis hermanas, Sofía Alexandra, Ana Daniela y Dayana Marcela; y, mis "hermanos", Jorge Eduardo y Luis Ramiro, y sus familias, por el inmenso cariño que nos tenemos, el mismo que me ha servido de continuo apoyo a lo largo de mi existencia.

A mis sobrinas, Camila Gabriela y Juliana Taís que llenan mi corazón de una inmensa alegría.

A mi familia política, por el cariño, los consejos y el apoyo incondicional que me han brindado.

Un agradecimiento especial a mi esposo, Jorge Enrique, cuyo amor, paciencia y vocación han impactado positivamente en mi vida.

Fundamentalmente, agradezco a mis hijos, Sebastián André y Jorge Nicolás, que, desde que estuvieron en mi vientre, fueron el motor de mi vida y el amor hacia ellos, es lo que me ha impulsado a luchar cada día.

Gracias a todos quienes forman parte de mi vida.

INDICE DE CONTENIDOS

Índice de Tablas

Tabla No.1: Análisis Cuantitativo para Diagnóstico	27
Tabla No.2: Ponderación de demoras en los procesos.....	31
Tabla No.3: Tabulación de calificación de procesos	34
Tabla No.4: Tabulación de ponderación de demoras en procesos	34
Tabla No.5: Objetivos, Metas y Estrategias Cuantitativos	67
Tabla No.6: Objetivos, Metas y Estrategias Cualitativos.....	68
Tabla No.7: Cotizaciones Seguros Colectivos Clientes Nuevos	97
Tabla No.8: Emisión Seguros Colectivos Clientes Nuevos.....	99
Tabla No.9: Renovaciones de Seguros Colectivos.....	101
Tabla No.10: Cotizaciones Seguros Individuales Clientes Nuevos	103
Tabla No.11: Cotización Seguros Individuales Clientes Nuevos.....	105
Tabla No.12: Renovaciones Seguros Individuales.....	107
Tabla No.13: Indemnización de Pólizas Individuales y Colectivas de Vehículos	110
Tabla No.14: Indemnización de Pólizas Individuales y Colectivas de Salud	115
Tabla No.15: Facturación Automática de Vehículos y Salud Seguros Individuales y Colectivos	118
Tabla No.16: Cancelación de Vehículos y Salud Seguros Individuales y Colectivos.....	120
Tabla No.17: Análisis por Departamento de los Procesos Operativos Bajo el Enfoque Ponderado de Selección (Matriz de Selección).....	125
Tabla No.18: Medición de tiempos promedio de los macro procesos	132
Tabla No.19: Modalidad de Mejoras de Procesos Operativos por Departamento	135

Tabla No.20: Cotización de Seguros Colectivos Clientes Nuevos	138
Tabla No.21: Análisis de Cotización de Seguros Colectivos Clientes Nuevos	138
Tabla No.22: Emisión de Seguros Colectivos Clientes Nuevos	139
Tabla No.23: Análisis Emisión Seguros Colectivos Clientes Nuevos	139
Tabla No.24: Renovación (Cotización Clientes Antiguos).....	140
Tabla No.25: Análisis Renovación (Cotización Clientes Antiguos)	140
Tabla No.26: Cotización Clientes Nuevos Seguros Individuales	141
Tabla No.27: Análisis Cotización Clientes Nuevos Seguros Individuales.....	141
Tabla No.28: Emisión Seguros Individuales Clientes Nuevos	142
Tabla No.29: Análisis Emisión Seguros Individuales Clientes Nuevos ...	142
Tabla No.30: Renovación Seguros Individuales (Cotización Clientes Antiguos)	143
Tabla No.31: Análisis Renovación Seguros Individuales (Cotización Clientes Antiguos)	143
Tabla No.32: Indemnizaciones de Vehículos	144
Tabla No.33: Análisis Indemnización de Vehículos	146
Tabla No.34: Indemnización de Salud	147
Tabla No.35: Análisis Indemnización de Salud	149
Tabla No.36: Facturación Seguros Colectivos e Individuales	150
Tabla No.37: Análisis Facturación Seguros Colectivos e Individuales ...	150
Tabla No.38: Cancelación de Seguros Individuales y Colectivos	151
Tabla No.39: Análisis Cancelación Seguros Individuales y Colectivos ...	151
Tabla No.40: Modelo esquemático del Plan de Mejoramiento en relación a situación actual y estándares de desempeño	155
Tabla No.41: Indicadores y Metas de Proceso	161
Tabla No.42: Indicadores y Metas de Impacto.....	162
Tabla No.43: Cotización Seguros Individuales (Proceso Mejorado)	188
Tabla No.44: Emisión Seguros Individuales (Proceso Mejorado)	188
Tabla No.45: Emisión Seguros Colectivos (Proceso Mejorado)	191

Tabla No.46: Renovación Seguros Individuales (Proceso Mejorado)	191
Tabla No.47: Indemnización de Vehículos (Proceso Mejorado)	194
Tabla No.48: Indemnización de Salud (Proceso Mejorado).....	197
Tabla No.49: Facturación (Proceso Mejorado)	200
Tabla No.50: Cancelación (Proceso Mejorado)	200

Índice de Gráficos

Grafico No.1: Macro proceso de la Organización	78
Grafico No.2: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual) Proceso de: Mercadeo Masivo	
Sub Proceso de: Cotizaciones de Seguros Colectivos (C1)	96
Grafico No.3: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual) Proceso de: Mercadeo Masivo	
Sub Proceso de: Emisión de Seguros Colectivos (C3)	98
Grafico No.4: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual) Proceso de: Mercadeo Masivo	
Sub Proceso de: Renovaciones de Seguros Colectivos (C2)	100
Grafico No.5: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual) Proceso de: Mercadeo Masivo	
Sub Proceso de: Cotizaciones de Seguros Individuales (I1).....	102
Grafico No.6: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual) Proceso de: Mercadeo Masivo	
Sub Proceso de: Emisiones de Seguros Individuales (I3).....	104
Grafico No.7: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual) Proceso de: Mercadeo Masivo	
Sub Proceso de: Renovaciones de Seguros Individuales (I2)	106
Grafico No.8: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual) Proceso de: Indemnización de Vehículos (V)	108
Grafico No.9: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual) Proceso de: Indemnización de Salud (S)	113
Grafico No.10: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual)	

Proceso de: Mercadeo Masivo	
Sub Proceso de: Facturación de Seguros Individuales y Colectivos (F1)	117
Grafico No.11: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual)	
Proceso de: Mercadeo Masivo	
Sub Proceso de: Cancelación de Póliza de Seguros Individuales y Colectivos (CA1)	119
Grafico No.12: Matriz de Selección	126
Grafico No.13: Cotización Seguros Individuales (Proceso Mejorado)	186
Grafico No.14: Emisión de Seguros Individuales (Proceso Mejorado) ...	187
Grafico No.15: Emisión de Seguros Colectivos (Proceso Mejorado).....	189
Grafico No.16: Renovación Seguros Individuales (Proceso Mejorado) ...	190
Grafico No.17: Indemnización de Vehículos (Proceso Mejorado)	192
Grafico No.18: Indemnización de Salud (Proceso Mejorado)	195
Grafico No.19: Facturación (Proceso Mejorado).....	198
Grafico No.20: Cancelación (Proceso Mejorado)	199

Índice de Anexos

ANEXO A: MODELO ENCUESTA DE PROCESOS	207
ANEXO B: MODELO ENCUESTA REALIZADA A EJECUTIVOS DE CUENTA	208
ANEXO C: MODELO ENCUESTA REALIZADA A CLIENTES DIRECTOS..	210
ANEXO D: FORMATO PARA COTIZACIONES DE SEGUROS COLECTIVOS	212
ANEXO E: FORMATO DE RECEPCION DE POLIZAS DE RENOVACION SEGUROS COLECTIVOS.....	213
ANEXO F: FORMATO PARA CONDICIONES DE RENOVACION SEGUROS COLECTIVOS.....	214
ANEXO G: FORMATO PARA LA ELABORACION DE CARTAS DE RENOVACION.....	215
ANEXO H: RESUMEN MENSUAL DE COTIZACIONES Y RENOVACIONES SEGUROS COLECTIVOS	216
ANEXO I: CONTROL DE POLIZAS DE SALUD, VEHICULOS Y VIDA	217
ANEXO J: GUIA DE UBICACION DE CONDICIONES Y ANEXOS EN POLIZAS DE SEGUROS COLECTIVOS	218
ANEXO K: FORMATO DEL REPORTE SEMANAL DE VALORES AGREGADOS SIN COSTO.....	219
ANEXO L: FORMATO PARA COTIZACIONES SEGUROS INDIVIDUALES.....	220
ANEXO M: RESUMEN MENSUAL DE COTIZACIONES Y RENOVACIONES SEGUROS INDIVIDUALES	221
ANEXO N: CONTRO DE EMISION POLISAS SEGUROS INDIVIDUALES ..	222
ANEXO O: SOLICITUD DE POLIZA MAESTRA DE VEHICULOS	223
ANEXO P: GUIA DE UBICACION DE CONDICIONES Y ANEXOS EN SEGUROS INDIVIDUALES (VIDA).....	224
ANEXO Q: GUIA DE UBICACION DE CONDICIONES Y ANEXOS EN POLIZAS SEGUROS INDIVIDUALES (SALUD).....	225

ANEXO R: GUIA DE UBICACION DE CONDICIONES Y ANEXOS EN SEGUROS INDIVIDUALES (VEHICULOS).....	226
ANEXO S: CONTROL DE FACTURACION.....	227
ANEXO T: CARTA PARA ENTREGA DE FACTURA.....	228

RESUMEN

La parte más esencial de toda compañía es el área comercial; en el presente estudio se identificará plenamente que la empresa Best Seguros se juega su posicionamiento en el mercado por los problemas que deberán ser diagnosticados mediante un estudio minucioso de las situaciones.

Para la realización de un plan de mejoramiento de los procesos operativos de la empresa Best Seguros es primordial que se haya realizado un diagnóstico acertado, puesto que en él se basará el resto del estudio y el éxito de las soluciones planteadas dependerá directamente de él.

Es muy importante que la sociedad ecuatoriana se concientice sobre la importancia de los seguros de vida especialmente; según las estadísticas y datos obtenidos de la Superintendencia de Bancos y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el auge del mercado asegurador está incrementándose cada vez más, lo cual me satisface debido a que es alentador saber que la sociedad ecuatoriana está pasando por una transformación positiva de cultura; ya que al igual que las empresas, nuestro país también posee una cultura organizacional propia que debemos pulir para mejorar cada día.

En la actualidad en el Ecuador, el mercado asegurador ha tenido una mayor acogida y ante un clima de estabilidad aparente como el generado por la dolarización, el público está demandando pólizas que respondan a sus necesidades, al mismo tiempo que se genera una mayor cultura de seguros, siendo el de vehículos el más demandado seguido por los seguros de salud y de vida.

Realizar un estudio para diagnosticar y desarrollar un plan de mejoramiento de los procesos operativos orientados a optimizar el servicio al cliente es lo que debe hacer cada empresa de nuestro país, no solo las inmersas en el mercado asegurador; ya que esto garantiza el éxito en las metas y objetivos establecidos. En el caso de Best Seguros; este estudio le hará poseedor de una inmensa ventaja competitiva que le permitirá posicionarse como una de las mejores empresas asesoras de seguros del país, lo cual le garantiza un nivel más alto de captación de clientes, a los cuales podrá satisfacer a cabalidad.

No se debe olvidar que la razón de ser de toda empresa, en especial de las de servicio, es el cliente; él es su inspiración, su motivo, su motor y su finalidad. Satisfacerlo es un deber que debe ser cumplido con una entrega absoluta de parte de cada uno de los empleados que conforman la empresa; puesto que, la satisfacción empresarial se traduce en la satisfacción de cada individuo que forma parte de ella y esta satisfacción se traduce a su vez en la del cliente que nos guardará fidelidad al sentir que sus expectativas son cumplidas y que ellas representan un reto para la compañía; esto sí es una verdadera ventaja competitiva, el lazo creado entre cliente y la organización.

RESUMEN (inglés)

The most essential part of any company is the commercial area. In this study was to identify fully the Best Seguros Company plays its positioning in the market for the problems to be diagnosed by a thorough study of situations.

For the realization of a plan for improving the operational processes of the Best Seguros is essential that have made a diagnosis, since it will build the remainder of the study and the success of the solutions will directly depend on it.

It is very important that Ecuadorian society is concientice on the importance of life insurance in particular, according to statistics and data from the Superintendency of Banks and the National Institute of Statistics and Censuses, the growth of insurance market is growing increasingly. I am satisfied because it is encouraging to know that Ecuadorian society is undergoing a positive transformation of culture, as well as to businesses, our country also has a culture own organization to improve we need to polish every day.

At present, in Ecuador, the insurance market has had a more welcoming and to a climate of apparent stability as that generated by the dollar, the public is demanding policies that respond to their needs, while also creating a stronger culture of insurance, being sued over the vehicle followed by health insurance and life insurance.

Conduct a study to diagnose and develop a plan for improvement of business processes aimed at optimizing customer service is what every company should do in our country, not just those involved in the insurance market, as this will guarantee success in the goals and objectives set. In

the case of Best Seguros, this study will make you a holder of vast competitive advantage that will allow you to position itself as one of the top insurance firms in the country, which guarantees a higher level of customer retention, which may meet in full.

We must not forget that the raison to be of any company, specially the service, the customer, he is his inspiration, his reason, his engine and its purpose. Satisfy it is a duty that must be met with an absolute part of individual employees that make up the company because the business is reflected satisfaction in meeting each individual part of it and this leads to satisfaction turn on the customer loyalty that we keep thinking that their expectations are met and that they represent a challenge for the company, this is a real competitive advantage, the bond created between the customer and the organization.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes

Este proyecto pretende constituirse en una fuente de consulta y guía para las empresas asesoras de seguros que se proyecten a optimizar las áreas de servicio al cliente con base al mejoramiento de los procesos operativos.

Nuestro país, según datos suministrados por la Superintendencia de Bancos y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), es uno de los países latinoamericanos que menos gasta en seguros de vida así como en protección de bienes; por lo tanto, las instituciones públicas y privadas deberán buscar una manera eficiente de cambiar la cultura ecuatoriana con respecto a la seguridad y para ello, es necesario mejorar el servicio al cliente que prestan las organizaciones ya establecidas.

Debido a las innumerables crisis atravesadas por nuestro país, se ha generado inestabilidad en todos los ámbitos y gracias a ello se incrementa cada día más el mercado asegurador, teniendo gran demanda de seguros para vehículos, seguido por los seguros de salud y vida.

Best Seguros conoce el auge del mercado asegurador tanto en lo que se refiere a aseguradoras como brokers; debido a lo cual, sus Directivos y Accionistas se han propuesto poner en marcha un plan de mejoramiento de sus procesos operativos para poder ingresar a este mercado con éxito brindando el mejor servicio al cliente.

Frente a la imperante necesidad de mejorar las actividades empresariales, Best Seguros, requiere de una alta atención en su estructura, específicamente en sus procesos operativos. Siendo una organización de servicios, su corazón está representado por el área comercial, por lo cual en el presente estudio se le da un mayor énfasis a esta, ya que en ella se han identificado el mayor número de cuellos de botella que provocan la pérdida de terreno en el mercado asegurador lo cual es reflejado en las estadísticas de la Superintendencia de Bancos.

Esta investigación presentará, en primera instancia, un diagnóstico empresarial general, para centralizar los esfuerzos en el análisis del departamento de operaciones y sus procesos específicos; este análisis y sus resultados se interrelacionarán con las necesidades de los clientes (internos y externos) para desarrollar una propuesta del Plan de Mejoramiento de los Procesos.

La aplicación de este Plan de Mejoramiento dará como resultado procesos más eficientes y eficaces que a su vez generen un servicio más rápido y acorde con las necesidades de los clientes acrecentando el número de pólizas individuales y colectivas para finalmente obtener mayor rentabilidad y la satisfacción en todos los niveles (clientes externos, personal administrativo, personal operativo, Directivos y Accionistas).

1.2. Planteamiento del problema

Best Seguros considera necesario poner énfasis en el mejoramiento del departamento comercial con el fin de brindar un mejor servicio a sus clientes, rediseñando el manejo operativo del área comercial.

Desde la creación de Best Seguros, el 02 de septiembre de 2002, no se han formalizado las políticas y funciones en manuales de procedimientos,

lo cual preocupa en especial en el área comercial, pues es en ella donde se desarrollan todos los procesos críticos (cotizaciones, emisiones, facturación, cancelaciones); es por ello, que las decisiones tomadas han provocado errores e incidentes, inclusive se puede asegurar que el personal nuevo comete errores debido a la falta de guía en la cual regirse.

De acuerdo a entrevistas mantenidas con los principales ejecutivos de la empresa, pude conocer que se ha tenido un notable decrecimiento en su cartera de clientes, lo que le ha llevado a una gran preocupación. La continuidad de los procesos operativos actuales, del área comercial especialmente, provocarán la pérdida de más clientes; he ubicado como principales falencias a la imposibilidad de obtener información de seguimiento y control de cartera, además de las demoras y retrasos con lo que respecta a la satisfacción de los requerimientos de los clientes; es decir, se puede hacer un diagnóstico previo y asegurar que la empresa no brinda un buen servicio del cliente, por lo tanto no puede mantener su fidelidad.

Lo expuesto anteriormente puede causar la quiebra o liquidación de la empresa, debido a ello es de vital importancia realizar un mejoramiento de los procesos operativos previos al diagnóstico de todas las actividades y procesos de la empresa, para conocer a cabalidad las áreas y procesos que deberán reestructurarse; con todo esto se logrará que la empresa recupere el terreno perdido y se posicione como una de las principales e importantes proveedoras de seguros en el país.

Este estudio está orientado a proponer el rediseño de procesos del manejo operativo del área comercial, específicamente de los procesos desarrollados por Mercadeo Masivo en la Compañía Best Seguros, mediante un plan de mejoramiento en el cual se incluyan las políticas, procedimientos y funciones de cada proceso; todo ello con el fin de optimizar el servicio al cliente.

1.3. Importancia y Justificación

Best Seguros presente una enorme debilidad en el área comercial, perjudicando ampliamente a todas las actividades y procesos de la compañía, debido a que todos se apoyan en ella, esto se refleja en la disminución de clientes, su cambio y preferencia por la competencia y el estancamiento en la captación de nuevos clientes y nuevos mercados.

Después de entrevistar a los principales Ejecutivos dentro de la Empresa, todos coincidieron en el siguiente análisis:

Las metas establecidas para el periodo 2008, en los planes estratégicos no fueron alcanzadas en ningún plano, reflejándose esto en los aspectos cuantitativos y cualitativos lo cual da a lugar al fenómeno del decrecimiento de la utilidad en cada periodo de tiempo. Adicionalmente, se ha podido corroborar que el desempeño del personal fue el esperado y los recursos materiales utilizados fueron los apropiados.

Basándome en el razonamiento de los ejecutivos de la organización, he llegado a concluir que el estancamiento en el desarrollo de toda la empresa tiene su eje en los procesos operativos cuyo retraso y funcionamiento deficiente recae negativamente en todos los niveles de la empresa pero sobretodo en los departamentos por donde dichos procesos inciden directa o indirectamente.

Best Seguros busca el respaldo de uno de los grupos financieros del país para lo cual debe mantener una buena imagen, prestigio y alto nivel competitivo frente al resto de empresas de seguros de vida, corroborándose así el principal justificativo para el mejoramiento de sus procesos.

El rediseño de los procesos que se realizará en este estudio está dirigido a incrementar el nivel de eficiencia en las operaciones que se encuentran a cargo de los ejecutivos de cuentas y personal de apoyo de toda la empresa, en especial del área comercial, para optimizar tiempos y cumplir con los estándares de servicio que brinden la total satisfacción al cliente, de manera que se logre conseguir lo máspreciado en el mercado asegurador... su fidelidad.

Al formalizar las modificaciones en los procesos se podrá alcanzar la estandarización de procedimientos operativos, el cumplimiento de las políticas y normas de la compañía, así como también, la ejecución eficiente de las actividades establecidas para cada cargo; ello llevará al mejoramiento del servicio al cliente (interno y externo).

El plan de mejoramiento, contendrá procedimientos, políticas y funciones con la finalidad de ayudar a la compañía para que se posicione como la mejor asesora de seguros en el ramo de seguros de vida del Ecuador.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- ❖ Diagnosticar y elaborar un plan de mejoramiento de los procesos operativos de la empresa asesora de seguros “Best Seguros” para la optimización del servicio al cliente.

1.4.2. Objetivos Específicos

- ❖ Conocer a profundidad los clientes internos y externos de la empresa asesora de seguros “Best Seguros”, y así determinar la técnica de recolección de datos más acertada.

- ❖ Estructurar las necesidades cubiertas y no cubiertas de los consumidores del área de seguros, caracterizando el sistema de seguros; y, realizando previamente una revisión sobre la trascendencia de los seguros en nuestro país.

- ❖ Analizar la situación y gestión de la empresa asesora de seguros “Best Seguros”; conociendo sus antecedentes e información en general.

- ❖ Describir los procesos operativos actuales de la empresa asesora de seguros “Best Seguros”.

- ❖ Analizar y seleccionar los procesos de mejoramiento que permitan la optimización del servicio al cliente mediante su modernización.

- ❖ Proponer un plan de mejoramiento de los procesos operativos encajando con el marco de la estrategia de la empresa asesora de seguros “Best Seguros”.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

¿Cómo puede la empresa asesora de seguros “Best Seguros” optimizar las áreas de servicio al cliente?

❖ El diagnóstico acertado permite que el plan de mejoramiento de los procesos operativos propuesto sea el acertado para lograr que la empresa asesora de seguros “Best Seguros” optimice las áreas de servicio al cliente.

1.5.2. Hipótesis Específicas

❖ El diagnóstico debe basarse en una investigación minuciosa y profunda de la empresa asesora de seguros “Best Seguros” con respecto a su posición en el mercado y todo lo que ello conlleva (clientes internos, externos, organización, etc.).

❖ El plan de mejoramiento propuesto debe ser experimentado previamente para asegurar que es el acertado para lograr la optimización de las áreas de servicio al cliente de la empresa asesora de seguros “Best Seguros”.

1.6. Diseño de la Organización

La Empresa “Best Seguros” cuenta con 32 personas entre Accionistas, Directivos y Empleados distribuidos de la siguiente manera:

❖ Junta de Accionistas. Conformada por dos accionistas.

❖ Gerencia General. Se cuenta con un Gerente General y su Asistente.

❖ Subgerencia de Operaciones. Conformada por el Subgerente de Operaciones y una Secretaria Departamental.

- ❖ Subgerencia Comercial. Se cuenta con el Subgerente Comercial, una Secretaria Departamental y dos vendedores.
- ❖ Subgerencia Técnica. Conformada por el Subgerente Técnico, dos teleoperadores, un asesor en el área de siniestros y dos ejecutivos de cuenta.

- ❖ Subgerencia de Indemnizaciones. Se cuenta con el Subgerente de Indemnizaciones y su Asistente.

- ❖ Subgerencia de Salud. Conformada por el Subgerente de Salud, su Asistente y un Asesor.

- ❖ Subgerencia Administrativa – Financiera. Se cuenta con el Subgerente Administrativo – Financiero, su Asistente, el Contador General, un Asistente Contable, un Cajero, un Recepcionista, un Asistente de Recursos Humanos, un Mensajero, una Asistente de Cafetería y Limpieza.

- ❖ Subgerencia de Mercadeo Masivo. Conformada por el Subgerente de Mercadeo Masivo y un digitador.

- ❖ Subgerencia Tecnológica. El Subgerente Tecnológico es responsable de toda el área y es el único que se encarga del software de la Compañía.

- ❖ Socios Estratégicos. Este grupo está conformado por todas las Empresas Aseguradoras que tienen convenio con “Best Seguros” para la contratación, emisión, renovación y cancelación de pólizas de aseguramiento.

❖ Cientes Externos. Este grupo está conformado por aproximadamente 102 clientes entre contratos individuales y colectivos; según la base de datos de la Empresa.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

2.1. Métodos, Técnicas e Instrumentos de Investigación

Para el presente estudio se utilizará una mixtura de los métodos de investigación: deductivo, de análisis y de síntesis; la investigación propuesta será de tipo exploratoria, descriptiva y experimental; según sean las necesidades que se presenten al transcurrir la investigación.

El estudio se abastecerá en primer lugar de información bibliográfica especializada que se convertirá en una base de datos que será alimentada posterior y constantemente (durante toda la investigación) por la investigación de campo.

Las fuentes secundarias serán obtenidas a partir de la revisión bibliográfica de libros, revistas, folletos, informativos, tesis e Internet.

Las fuentes primarias serán obtenidas a partir de la observación, encuestas, cuestionarios, entrevistas, focus group y por sondeo.

Las técnicas de recopilación de datos serán alternadas dependiendo de las necesidades de la investigación; se utilizará la bibliográfica y documental apoyada en la utilización de fichas bibliográficas, así como también, la observación de campo mediante las encuestas, entrevistas, cuestionarios, focus group y sondeo.

Los instrumentos de recopilación de datos serán utilizados de acuerdo a las necesidades de la investigación, y estos pueden ser: cámara fotográfica, computador, formularios varios (encuestas, entrevistas, cuestionarios), grabadora, filmadora, fichas (mnemotécnicas, bibliográficas, de observación) y materiales varios de oficina.

El proceso de información será diario y alimentará una base de datos que en un principio solo poseerá información bibliográfica; al final de la investigación toda la información obtenida deberá estar contenida dentro del proyecto, es decir, todo lo recopilado deberá ser obligatoriamente procesado de manera inmediata y sin omisiones.

Se debe llevar un respaldo de la base de datos actualizada en forma electrónica y en archivos físicos convencionales; todas las fuentes deberán constar ahí para que la investigación sea considerada real y válida; además estos respaldos sirven para evitar que cualquier circunstancia fuera del alcance operativo, eliminen total o parcialmente la base de datos, es decir, toda la información recopilada y procesada será fácilmente identificable en caso que por cualquier motivo sea afectada o alterada la base de datos original; esta es una recomendación que vale la pena tomar en cuenta para prevenir molestias y pérdidas de recursos.

Toda la información procesada, es decir, ingresada en la base de datos deberá ajustarse a los métodos financieros y sistemas que presentarán al lector de la presente investigación, la información en una manera más fácil de asimilar y captar.

La presente investigación mostrará flujogramas, cuadros, mapeos, modelos, entre otros; que facilitarán la visualización del avance de la investigación, lo cual permitirá evaluar y analizar de una manera óptima los resultados obtenidos.

2.2. Determinación de la Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra, existen un sinnúmero de fórmulas, para el presente proyecto se aplicó la siguiente:

$$n = \frac{N P_m Q_m C}{z^2 P_m Q_m e^2}$$

En donde:

$$N = 112$$

$$P_m = 0,50 \text{ (porcentaje de casos positivos o de proporción de éxito)}$$

$$Q_m = 0,50 \text{ (Proporción no esperada)}$$

$$z = 1,96 \text{ (Nivel de confianza 95\%)}$$

$$e = 5\% \text{ (Margen de error)}$$

$$n = \frac{(1) (112) (0,5) (0,5) C}{(1,96)^2 (0,5) (0,5) (0,05)^2}$$

$$n = \frac{(1) (112) (0,5) (0,5) C}{(3,8416) (0,25) (0,0025)}$$

$$n = \frac{107648}{0,9604}$$

$$n = \frac{107648}{1,2379}$$

n = 86,8929

n = 87 personas aseguradas.

Por lo tanto, la investigación se ha conformado por una muestra de 87 asegurados.

2.3. Determinación de las Necesidades de Información en Función de los Objetivos e Hipótesis

Conforme a los objetivos e hipótesis, se ha visto la necesidad de obtener la información detallada a continuación:

Ejecutivos de cuenta

- ❖ Número de cuentas asignadas a su cartera.
- ❖ Número de cotizaciones que realiza mensualmente, tanto en seguros colectivos como en individuales.
- ❖ Número de emisiones (pólizas nuevas) y renovaciones realizadas al mes, tanto en seguros colectivos como en individuales.
- ❖ Número de facturas y cantidad económica que estas representan al mes.
- ❖ Nivel de conocimientos de los procesos a su cargo.
- ❖ Capacitación recibida dentro y fuera de la Empresa.
- ❖ Impedimentos para realizar sus actividades laborales cotidianas.
- ❖ Recomendaciones para el mejoramiento del servicio y la optimización de las actividades que realiza.
- ❖ Tiempo de duración utilizado para cada proceso de su actividad laboral.

Socios estratégicos

- ❖ Tipos de seguros que ofertan: colectivos y/o individuales.
- ❖ Clases de pólizas que emiten: vehículos, salud y/o vida.
- ❖ Número de cotizaciones solicitadas mensualmente.
- ❖ Número de emisiones solicitadas mensualmente.
- ❖ Relación con otras Empresas Asesoras de Seguros.
- ❖ Diferencias en el servicio entre “Best Seguros” y su competencia.
- ❖ Recomendaciones para el mejoramiento del servicio y la optimización de la atención al cliente.

2.4. Diseño del Formato de las Fuentes de Recopilación de Información

MODELO DE ENCUESTA REALIZADA A EJECUTIVOS DE CUENTA

1. Indique el número de cuentas que tiene asignada a su cartera:

	Seguros Colectivos	Seguros Individuales
1 – 10	_____	_____
11 – 20	_____	_____
21 – 30	_____	_____
31 o más	_____	_____

2. Indique el número de cotizaciones que realiza mensualmente:

	Seguros Colectivos	Seguros Individuales
1 – 10	_____	_____
11 – 20	_____	_____
21 – 30	_____	_____
31 o más	_____	_____

3. Señale el número de emisiones (pólizas nuevas) que realizan en el mes:

	Seguros Colectivos	Seguros Individuales
1 – 10	_____	_____
11 – 20	_____	_____
21 – 30	_____	_____
31 o más	_____	_____

4. Señale el número de renovaciones que realiza al mes:

	Seguros Colectivos	Seguros Individuales
1 – 10	_____	_____
11 – 20	_____	_____
21 – 30	_____	_____
31 o más	_____	_____

5. Indique el número de facturas que emite mensualmente:

	Seguros Colectivos	Seguros Individuales
1 – 10	_____	_____
11 – 20	_____	_____
21 – 30	_____	_____
31 o más	_____	_____

6. ¿Conoce Usted todos los procesos que tiene a su cargo?

Si _____ No _____

Por qué? _____

7. ¿Qué capacitación recibió Usted para realizar los procesos a su cargo?

8. ¿Qué le impide realizar un trabajo operativo libre de errores? (señale tres opciones)

- Falta de tiempo _____
- Falta de conocimiento _____
- Falta de recursos _____
- Inadecuada distribución de tareas _____
- Procesos operativos deficientes _____
- Falta de comunicación _____
- Procesos operativos muy largos _____

9. ¿Qué puede hacer para facilitar su trabajo operativo?

10. ¿Qué recomendaciones daría Usted para mejorar el servicio y optimizar las actividades que realiza con respecto a estos procesos?

- Cotización _____
- Emisión _____
- Facturación _____
- Otros _____

11. ¿Cree necesario la aplicación de un plan de mejoramiento de los procesos en donde se reestructuren los procesos operativos más críticos?

12. Determine en minutos el tiempo aproximado de duración para los siguientes procesos:

	Seguros Colectivos	Seguros Individuales
Cotización	_____	_____
Renovación	_____	_____
Emisión	_____	_____
Facturación	_____	_____
Cancelación	_____	_____

13. De acuerdo a su calificación en la pregunta anterior cree que los procesos más críticos son factibles de realizarse en menor tiempo?

Si _____ No _____

Por qué? _____

MODELO DE ENCUESTA REALIZADA A CLIENTES DIRECTOS

Empresa a la que representa:

Cargo y área en la que trabaja:

1. Especifique el tipo de seguro que tiene contratado:

Seguros Colectivos: _____

Seguros Individuales: _____

2. ¿Qué clase de póliza tiene contratado con Best Seguros S.A.?

	Número
Vehículos	_____
Salud	_____
Vida	_____

3. Indique, ¿qué número de cotizaciones realiza mensualmente?

0 – 5	_____
6 – 10	_____
11 – 15	_____

4. Indique el número de emisiones que realiza en el mes:

0 – 5	_____
6 – 10	_____
11 – 15	_____

5. ¿Tiene relación con otras Empresas de Seguros?

Si _____

No _____

Cuál?

6. Según su criterio, califique el servicio de Best Seguros S.A. frente a la competencia

Superior _____

Igual _____

Inferior _____

7. Califique los siguientes aspectos, basado en el criterio de importancia cuyos parámetros de medición son los siguientes:

1	Muy importante
2	Importante
3	Medianamente importante
4	Sin importancia

Aspecto Proceso	Calidad del servicio	Personalización	Atención al cliente	Agilidad del trámite
Indemnización				
Cotización				
Facturación				
Renovación				
Emisión				

8. Pondere las siguientes actividades:

Ponderación	Malo	Regular	Bueno	Excelente
Rapidez en los procesos:				
Cotizaciones				
Emisiones				

Facturación				
Renovaciones				
Cancelaciones				
Devoluciones de primas				
Pago de siniestros				
Calidad de los documentos				
Ejecutivo de cuenta asignado				
Servicio y atención				
Conocimientos del ejecutivo de cuenta				

2.5. Aplicación de Instrumentos de Recopilación de Información

En primer lugar, se deben ubicar los procesos que presenten mayores fallencias, una vez ubicados, se debe investigar a los responsables de dichas áreas; y, la aplicación de encuestas directas se direccionarán hacia los clientes internos (Empleados), las entrevistas serán aplicadas a personas claves que laboran dentro de la Empresa.

En cuanto se refiere al diagnóstico empresarial, se deberá aplicar encuestas a tres grupos, los mismos que son: ejecutivos de cuenta, personal operativo de la Empresa y clientes finales.

Con respecto a los ejecutivos de cuenta y personal operativo de la Empresa, las encuestas serán aplicadas al grupo completo, es decir, a las once personas que laboran en las áreas: comercial, de indemnizaciones, mercadeo masivo y de operaciones, en su totalidad y al cajero que corresponde al área financiera administrativa.

El resultado del desarrollo de los procesos únicamente puede ser medido a través de la información recolectada a partir de los clientes finales; estos están registrados en la base de datos de la Empresa como 112 clientes directos; pero, la encuesta será aplicada a 87 clientes, según lo obtenido en el punto 2.2 de la presente investigación.

La información recopilada por las entrevistas, será proporcionada por los Subgerentes de todas las áreas, con énfasis a los que tienen una relación directa con el área de Mercadeo Masivo.

2.6. Tabulación y Análisis de Datos

2.6.1. Encuesta realizada a Ejecutivos de Cuenta

2.6.1.1. Análisis Cualitativo

Seguros Colectivos

Después de recopilar las respuestas generadas en las encuestas, se ha llegado a obtener la siguiente información:

- ❖ Debe mejorarse el sistema de cotizaciones tanto de clientes nuevos como de renovaciones, realizando un seguimiento a las mismas; sería importante, la implementación de un sistema que sirva de recordatorio en esta actividad, para de esta manera lograr cumplir las metas de presupuesto de ventas.

- ❖ Debe implementarse una plantilla del texto con las condiciones particulares de los distintos tipos de pólizas; así como también, se debe mantener un orden específico de los documentos que constan en las carpetas (anexos y demás documentación) para que el archivo sea

homogéneo y de esta forma se agilicen los procesos; debido a que existen demoras al momento de emitir las pólizas nuevas y renovaciones; y, esto es causado porque la Empresa no maneja un texto preestablecido y no posee ningún manual de procedimientos en el que se indique el orden que deben llevar los documentos dentro de la carpeta de cada cliente.

❖ El sistema que lleva la Compañía, emite de forma automática, las facturas de los asegurados; este proceso es largo, ineficaz y no indispensable, debido a que según tiempos medidos por la Subgerencia Administrativa Financiera, se pierde entre el 30% y 40% de tiempo cada mes en esta actividad; sería recomendable que la Empresa destine la automatización para recordar a los Ejecutivos de Cuenta las cotizaciones y renovaciones para que, de esta manera, se administre y maneje la información de cada cliente en forma eficaz.

❖ La inexistencia de manuales de procesos y capacitación global no permite que los Ejecutivos de Cuenta alcancen un dominio total, debido a que, los procesos operativos que realizan son aprendidos a través de un tutor, el mismo que puede omitir involuntariamente ciertos aspectos que marcan la diferencia entre un resultado mediocre y un resultado óptimo.

Seguros Individuales

Después de recopilar las respuestas generadas en las encuestas, se ha llegado a obtener la siguiente información:

❖ Las cotizaciones tienen distinta fuente de origen y no están centralizadas en un área específica de la Compañía, por lo que, no existe ningún texto predeterminado con valores de primas y condiciones par-

ticulares para cada tipo de póliza; es necesario, implementar en toda la Empresa formatos para cada proceso y de esta manera, se obtendría solidez en la seriedad y compromiso hacia los clientes.

❖ Al igual que en los Seguros Colectivos, se debe implementar un sistema que permita el seguimiento y control de las renovaciones, para que, cada Ejecutivo de Cuenta, maneje su cartera en forma eficiente; según datos proporcionados por la Subgerencia Administrativa Financiera y sustentados por las Subgerencias Comercial y de Mercado Masivo, el 80% del déficit del presupuesto del año 2008 se encuentra dentro de este rubro, el mismo que, con un proceso óptimo puede ser alcanzado e incluso superado.

❖ Basándome en las encuestas realizadas y en datos proporcionados por la Subgerencia Administrativa Financiera, existe un alto índice de cancelaciones de pólizas de Seguros Individuales; esto se debe a tres causas, las mismas que son:

- a) Error en emisión de pólizas por falta de formatos predeterminados.
- b) Falta de conocimiento o errores en los procesos operativos, ya que, para emitir una nueva póliza, se procede a cancelar la anterior, en vez, de emitir una renovación de la misma.
- c) Inexistencia de un sistema de control sobre conductas de pago, (se procede a la cancelación de pólizas por falta de pago) el 68% de los pagos ingresados mensualmente, son realizados directamente por los clientes; los Ejecutivos de Cuenta deberían conocer totalmente, su cartera por vencer y ofrecer a los clientes alternativas de pago, tales como, autorizaciones de débito de cuentas

bancarias y tarjetas de crédito, depósitos bancarios, transferencias entre cuentas, etc.

2.6.1.2. Análisis Cuantitativo

La recopilación de las once entrevistas consta a continuación:

Tabla No.1: Análisis Cuantitativo para Diagnóstico

Promedio de cuentas a su cargo		21
Promedio de cotizaciones al mes	11	18
Colectivas	7	
Individuales		
Promedio de emisiones al mes	5	12
Colectivas	7	
Individuales		
Promedio de facturas al mes	18	27
Automáticas	9	
Manuales – sistematizadas		
Conocimiento de procesos operativos	0	11
Poco	8	
Parcial	3	
Total		
Necesidad de Plan Estratégico	11	11
Si	0	
No		

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

2.6.2. Encuesta realizada a Clientes Directos

Pregunta 1. Se registraron 77 respuestas para Seguros Individuales, lo cual representa al 89% (88,51%) de la muestra; y, se registraron 10 respuestas para Seguros Colectivos, lo cual representa al 11% (10,49%) de la muestra.

Se puede observar claramente, que el número de Seguros Individuales es superior al de los Seguros Colectivos; pero, se puede indicar que a pesar de tener la misma importancia, se debe orientar a mantener los Seguros

Colectivos actuales y emprender la búsqueda de generar más de ellos, debido a que son los que mayor índices de utilidad representan a la Empresa y por ende, son los que mayor pérdida traen cuando son cancelados. Con los esfuerzos que se haga para mantener los Seguros Colectivos existentes, también se deberá personalizar los procesos para brindar servicios de alta calidad en ambos tipos de seguros.

Pregunta 2. Se registraron 35 respuestas para Seguros de Vehículos, lo cual representa el 40% (40,23%) de la muestra; se registraron 37 para Seguros de Vida, lo cual representa el 43% (42,53%) de la muestra; y, se registraron 15 para Seguros de Salud, lo cual representa el 17% (17,24%) de la muestra.

Los procesos de emisión, renovación, cotización y facturación de los Seguros de Vida deben ajustarse a las necesidades de los clientes de la Empresa; además, no se deberá descuidar los procesos relacionados a los Seguros de Vehículos, que también representan un gran porcentaje; a pesar de la baja representación de los Seguros de Salud, estos deben ser tomados en cuenta y no se los debe descuidar; pero se deberá poner mayor énfasis, en los otros Seguros.

Pregunta 3. Se registraron 70 respuestas en la opción de 0 a 5 cotizaciones por mes, lo cual representa el 80% (80,46%) de la muestra; y, se registraron 17 respuestas en la opción de 6 a 10 cotizaciones por mes, lo cual representa el 20% (19,54%) de la muestra.

En esta respuesta, el 20% correspondiente de 6 a 10 cotizaciones por mes, es cubierta en su mayor parte por clientes colectivos, cuya naturaleza de operación, orienta hacia esta tendencia.

Pregunta 4. Se registraron 77 respuestas en la opción de 0 a 5 emisiones por mes, lo cual representa el 89% (88,51%); se registraron 8 respuestas en la opción de 6 a 10 emisiones por mes, lo cual representa el 9% (9,20%) de la muestra; y, se registraron 2 respuestas en la opción de 11 a 15 emisiones por mes, lo cual representa el 2% (2,30%) de la muestra.

Las respuestas obtenidas nos reflejan claramente que el mayor porcentaje es en la opción de 0 a 5 emisiones por mes, esta es una de las razones por las que la Empresa no se ha posicionado en el mercado de Seguros, ya que lo esperado sería que las emisiones sean de 6 a 10 mensuales y lo óptimo sería que se emitan al mes de 11 a 15 pólizas.

Pregunta 5. Se registraron 65 respuestas indicando que no tenían relación con ninguna otra Empresa de Seguros, lo cual representa el 75% (74,71%) de la muestra; y, se registraron 22 respuestas afirmando tener relación con otras Empresas de Seguros, lo cual representa 25% (25,29%) de la muestra.

Se puede observar que las tres cuartas partes de la muestra se encuentran satisfechos con los servicios que les brinda la Compañía y son totalmente fieles a la misma, aunque la cuarta parte no confía totalmente en la Compañía; se debe realizar la reingeniería de procesos para optimizarlos y así poder realizar tres tareas básicas: mantener a los clientes existentes (75%), emprender la búsqueda de nuevos clientes y satisfacer las necesidades de los clientes que corresponden al 25% de la muestra.

Entre las Empresas de Seguros nombrados por los clientes, que no son totalmente fieles a la Compañía (25%), tenemos a las siguientes: Afex, Asertec, Comte, Megaseguros y Proseguros Nacionales.

Pregunta 6. Se registraron 57 respuestas que afirman que el servicio de la Compañía es superior al de la competencia, lo cual representa el 66% (65,52%) de la muestra; se registraron 29 respuestas que indican que el servicio de la Compañía es igual al de la competencia, lo cual representa el 33% (33,33%) de la muestra; y, se registró 1 respuesta que indica que el servicio de la Compañía está por debajo de la competencia, lo cual representa el 1% (1,15%) de la muestra.

A pesar que los datos obtenidos, indican que el 66% de los clientes están conformes con el servicio; es preocupante saber que el 33% consideran a la Empresa igual que la competencia; es por ello, que resulta imprescindible mejorar los procesos operativos de la Compañía para así, darle un valor agregado y obtener ventajas competitivas que posicionen dentro del mercado de Seguros a la Empresa.

Pregunta 7. Se registraron 52 respuestas indicando que es muy importante la agilidad en el trámite, lo cual corresponde al 60% (59,77%) de la muestra; se registraron 17 respuestas indicando que la atención al cliente es importante, lo cual corresponde aproximadamente al 20% (19,54%) de la muestra; se registraron 13 respuestas indicando que es medianamente importante la calidad del servicio, lo cual corresponde al 15% (14,94%) de la muestra; y, se registraron 5 respuestas indicando que no es importante la personalización de los procesos, lo cual corresponde aproximadamente al 5% (5,74%) de la muestra.

Estos porcentajes muestran que los clientes buscan que la agilidad y la atención al cliente más que la calidad del servicio y su personalización; es decir, la Empresa deberá poner atención en sus procesos y mejorarlos de manera que los clientes sientan que existe un fuerte compromiso de la

Compañía hacia la satisfacción de sus necesidades en forma oportuna y eficaz.

Pregunta 8. Los resultados obtenidos son los reflejados en el siguiente cuadro:

Tabla No.2: Ponderación de demoras en los procesos

Ponderación	Malo		Regular		Bueno		Excelente	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Rapidez en los procesos:								
Cotizaciones	7	8,05	20	22,99	44	50,57	16	18,39
Emisiones	0	0,00	16	18,39	51	58,62	20	22,99
Facturación	0	0,00	24	27,59	48	55,17	15	17,24
Renovaciones	0	0,00	15	17,24	57	65,52	15	17,24
Cancelaciones	0	0,00	17	19,54	54	62,07	16	18,39
Devoluciones de primas	1	1,15	21	24,14	51	58,62	14	16,09
Pago de siniestros	0	0,00	16	18,39	20	22,99	51	58,62
Calidad de los documentos	0	0,00	6	6,90	33	37,93	48	55,17
Ejecutivo de cuenta asignado	0	0,00	0	0,00	48	55,17	39	44,83
Servicio y atención	0	0,00	20	22,99	50	57,47	17	19,54
Conocimientos del ejecutivo de cuenta	0	0,00	0	0,00	50	57,47	37	42,53

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Estos resultados, permiten al lector, conocer los procesos en los cuales se debe poner mayor énfasis en su reingeniería para el mejoramiento y optimización de todos los recursos en bienestar de los clientes y por ende de la Compañía.

2.6.2.1. Resumen de Tabulación de Encuesta realizada a Clientes Directos

A continuación consta un resumen de los resultados obtenidos a partir de la encuesta aplicada a los clientes directos de la Empresa, los mismos que, según lo expuesto en el punto 2.2, de la presente investigación, alcanzan el número de 87.

Para la elaboración de este resumen, he mantenido el mismo formato de la encuesta aplicada, de manera que se pueda visualizar la información de una manera más clara y precisa para el lector de este trabajo investigativo.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA A CLIENTES DIRECTOS

1. Especifique el tipo de seguro que tiene contratado:

Seguros Colectivos:	77	88,51%
Seguros Individuales:	10	10,49%

2. ¿Qué clase de póliza tiene contratado con Best Seguros S.A.?

	Número	
Vehículos	35	40,23%
Salud	15	17,24%
Vida	37	42,53%

2. Indique, ¿qué número de cotizaciones realiza mensualmente?

	Número	
0 – 5	70	80,46%
6 – 10	17	19,54%
11 – 15	0	0,00%

3. Indique el número de emisiones que realiza en el mes:

	Número	
0 – 5	77	88,51%
6 – 10	8	9,20%
11 – 15	2	2,30%

4. ¿Tiene relación con otras Empresas de Seguros?

Si 22 25,29 No 65 74,71%

Cuál? Afex, Asertec, Comte, Megaseguros y Proseguros Nacionales

5. Según su criterio, califique el servicio de Best Seguros S.A. frente a la competencia

Superior 57 65,52% Igual 29 33,33% Inferior 1 1,15%

6. Califique los siguientes aspectos, basado en el criterio de importancia cuyos parámetros de medición son los siguientes:

1	Muy importante
2	Importante
3	Medianamente importante
4	Sin importancia

Tabla No.3: Tabulación de calificación de procesos

Aspecto Proceso	Calidad del servicio		Personalización		Atención al cliente		Agilidad del trámite	
	13	14,94 %	5	5,74%	17	19,54 %	52	59,77 %
Indemnización	(3)	8	(4)	3	(2)	11	(1)	35
Cotización	(3)	1	(4)	1	(2)	1	(1)	3
Facturación	(3)	1	(4)	0	(2)	1	(1)	4
Renovación	(3)	2	(4)	1	(2)	2	(1)	4
Emisión	(3)	1	(4)	0	(2)	2	(1)	6

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

8. Pondere las siguientes actividades:

Tabla No.4: Tabulación de ponderación de demoras en procesos

Ponderación	Malo		Regular		Bueno		Excelente	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Rapidez en los procesos:								
Cotizaciones	7	8,05	20	22,99	44	50,57	16	18,39
Emisiones	0	0,00	16	18,39	51	58,62	20	22,99
Facturación	0	0,00	24	27,59	48	55,17	15	17,24
Renovaciones	0	0,00	15	17,24	57	65,52	15	17,24
Cancelaciones	0	0,00	17	19,54	54	62,07	16	18,39
Devoluciones de primas	1	1,15	21	24,14	51	58,62	14	16,09
Pago de siniestros	0	0,00	16	18,39	20	22,99	51	58,62
Calidad de los documentos	0	0,00	6	6,90	33	37,93	48	55,17
Ejecutivo de cuenta asignado	0	0,00	0	0,00	48	55,17	39	44,83
Servicio y atención	0	0,00	20	22,99	50	57,47	17	19,54
Conocimientos del ejecutivo de cuenta	0	0,00	0	0,00	50	57,47	37	42,53

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

CAPÍTULO 3

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SEGUROS

3.1. El Seguro en el Sistema Financiero

En nuestro país, la evolución de la actividad aseguradora y la referente a los planes y fondos de pensiones, han dado pasos agigantados; este crecimiento acelerado ha contribuido a que la dinámica que los afecta sea una de las más avanzadas del sistema financiero ecuatoriano, por lo que, se han tenido que realizar continuas modificaciones legislativas que permitan mantener esta dinámica, paralela a la de ordenación y supervisión pública de las actividades aseguradora y de pensiones.

La Administración Pública es la que lleva la ordenación y supervisión de las entidades aseguradoras, para comprobar que estas tengan una situación solvente que les permita cumplir con su objeto social; es decir, en efectos prácticos, el contrato de seguro supone un cambio de la prestación presente y cierta (prima) por otra futura e incierta (indemnización), lo cual se convierte en una exigencia para garantizar la efectividad de la indemnización cuando eventualmente se produzca el siniestro.

Casi todos los Estados que mantienen una economía libre se ajustan al esquema normativo para el control de la solvencia y protección del asegurado en términos generales.

En la actualidad, la empresa aseguradora es considerada, a nivel mundial, como uno de los principales elementos que contribuyen al desarrollo

financiero de los países, puesto que representa uno de los más altos rubros en el crecimiento de los gremios de las sociedades.

En nuestro país, el Fondo Financiero es el único ente que autoriza la captación de depósitos del público, por lo tanto, todas las Empresas del Sistema Financiero deben ser miembros de él; pero, para ello, se deberá realizar aportaciones, por lo menos, por veinticuatro meses consecutivos, para que todas sus operaciones estén respaldadas por el mismo.

El Consejo Administrador del Fondo sesiona por lo menos una vez al mes y todos los acuerdos a los que llega, son adoptados con un mínimo de cuatro votos, en caso de empate, el voto del Presidente tendrá carácter dirimente; este Consejo está integrado de la siguiente forma:

- ❖ Lo preside un representante del Banco Central del Ecuador, que es designado por el Directorio de este.
- ❖ Un representante de la Superintendencia de Bancos, que es designado por el Superintendente de Bancos.
- ❖ Un representante del Ministerio de Finanzas y Economía, que es designado por el Ministro de Finanzas y Economía.
- ❖ Tres representantes de la Empresas del Sistema Financiero, que son designados de acuerdo a lo que indique el Reglamento.

Los miembros del Consejo de Administración ejercen dichos cargos durante el periodo de tres años, pudiendo ser renovable; las entidades que los nombran tienen a su cargo la retribución financiera exclusiva.

Se encuentra establecida en la Ley, la obligación que tienen todas las entidades de crédito, empresas de servicios de inversión y compañías aseguradoras, de atender y resolver las quejas y reclamos que sus clientes presenten, siempre y cuando, estén relacionadas con sus intereses y de-

rechos legalmente reconocidos; para lo cual, las entidades anteriormente indicadas, deberán contar con un departamento de servicio y atención al cliente o designar un Defensor del Cliente, el mismo que puede ser una persona natural o jurídica que atenderá y resolverá las quejas y reclamos, basándose en el reglamento de funcionamiento de cada entidad; para cualquiera de las dos opciones, se deberá tener en cuenta los requisitos establecidos por el Ministerio de Economía y Finanzas.

La actual economía mundial ha establecido que el sistema asegurador es uno de los sectores con más peso y proyección internacional, convirtiéndose en una pieza fundamental en el desarrollo económico de los países; por lo que, es importante que continuamente se modernice y se adapte a los cambios en su entorno, para de esta manera, ser un apoyo en el desarrollo de la economía y en la generación de fuentes de empleo.

Debido a los constantes cambios, los instrumentos financieros ahora son más variados y sofisticados, lo que ha dado lugar a que, los ordenamientos jurídicos que sujetan a los intermediarios, se conviertan en un factor competitivo muy importante; se ha observado que la competencia entre legislaciones ha tenido un gran crecimiento, por lo que, los grandes intermediarios, han optado por establecer filiales en países con normativas más permisivas con el objeto de instalar en ellas, parte de su actividad operativa.

El sistema financiero nacional, está constituido por un entidades que se encargan de la captación, administración y canalización de la inversión nacional y extranjera; y, está integrada por: Grupos Financieros, Banca Comercial, Banca de Desarrollo, Casas de Bolsa, Sociedades de Inversión, Aseguradoras, Arrendadoras Financieras, Afianzadoras, Almacenes Generales de Depósito, Uniones de Crédito, Casas de Cambio y Empresas de Factoraje.

Las Compañías de Seguros y Reaseguros son reguladas y controladas por la Superintendencia de Bancos y tienen la obligación de informar a esta entidad, apenas sea detectado, las deficiencias de capital mínimo legal o de inversiones con las cuales debe respaldar sus reservas técnicas y margen de solvencia (artículo 22); y, deberá establecer en el plan de regulación. En el caso que, la Superintendencia de Bancos, detecte que no fue informada, que las fechas de ocurrencia no son verdaderas, que los datos no sean reales o cualquier anomalía, se aplicará todas las sanciones y se aplicarán los procesos de regulación pertinentes desde la fecha de la comunicación con la cual se hacen las observaciones por parte de la Superintendencia de Bancos:

El Artículo 54 indica que cualquier entidad controlada que no quiera continuar sus negocios en el país, podrá solicitar la liquidación voluntaria al Superintendente de Bancos, mediante una copia auténtica de la resolución de la junta general o de la casa matriz en el caso de sucursales de empresas extranjeras.

Posterior a la comprobación que la empresa no ha entrado en un proceso de liquidación forzosa, el Superintendente de Bancos, procederá a la aceptación de la solicitud y a la expedición de la resolución que declara el estado de liquidación voluntaria, la misma que será publicada en el Registro Oficial; posterior a esta publicación, la empresa entrará en liquidación simple, si es nacional; y, en liquidación de operaciones en el Ecuador, si es extranjera.

Las empresas del seguro privado se someten a las Leyes de la República y a la vigilancia y control de la Superintendencia de Bancos. La Ley regula la constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción de

las personas jurídicas; y, las operaciones y actividades de las personas naturales.

Los Artículos 2 y 3, indican que el sistema de seguro privado está integrado por todas las Empresas que realicen operaciones de Seguros (Compañías Anónimas establecidas en el país en concordancia con lo dispuesto en la Ley y cuyo objeto exclusivo es el negocio de asumir directa o indirectamente, de aceptar o ceder riesgos en base a primas), Compañías de Reaseguros, Intermediarios de Reaseguros, Peritos de Seguros y Asesores Productores de Seguros. Todas estas entidades, podrán realizar otras actividades complementarias o afines al giro normal de sus negocios; aunque, deberán recibir previa autorización de la Superintendencia de Bancos, los Asesores Productores, Intermediarios y Peritos de Seguros.

3.2. Régimen Legal e Institucional de los Seguros

El mayor obstáculo para el desenvolvimiento de la actividad aseguradora en el país, es la legislación y demás formas regulatorias nacionales; debido a que los seguros privados han tenido un crecimiento constante y las Leyes no han sabido adaptarse a dichos cambios, por lo tanto, no van a la par, lo cual, perjudica altamente a la actividad aseguradora nacional.

La necesidad de actualizar el marco jurídico de la actividad aseguradora se origina en los continuos cambios que ha registrado en los últimos años y en el entorno económico en el cual se desenvuelve.

La configuración total del marco jurídico e institucional de los seguros privados no ha sido terminada todavía, puesto que restan por restablecerse medidas de regulación entre aseguradores y asegurados, de manera que los procesos sean transparentes y deriven mayor eficiencia en el sistema,

normas que viabilicen acciones innovadoras, solvencia patrimonial, capacidad técnica, reglas técnicas eficaces sobre constitución, administración (reservas) y regulaciones que permitan más expeditos los pagos por indemnizaciones.

El seguro, como institución económica y jurídica, comienza su desarrollo y evolución, en nuestro país, simultáneamente con el inicio de la vida republicana; en ese tiempo, se orientaba a cubrir únicamente los ramos de seguros de incendios, extendiéndose paulatinamente, en las dos primeras décadas de este siglo, a los seguros de vida y de transporte marítimo.

En el año de 1933, se determina que la actividad aseguradora privada sea regulada y controlada por la Superintendencia de Bancos, esta decisión se basó en la expansión del negocio asegurador y en la existencia de anomalías en las relaciones asegurador – asegurado; además, se tuvo la acertada percepción estatal de la importancia del seguro como elemento coadyuvante para el desarrollo del sistema financiero y económico.

En marzo de 1936, con la imperante necesidad de constituir un verdadero control administrativo, económico y financiero de la actividad aseguradora en nuestro país, se expide la primera Ley de Inspección y Control de Seguros, aunque su vigencia fue muy corta, ya que el 21 de diciembre de 1937 fue promulgado el Decreto Ejecutivo 130: Ley sobre Inspección y Control de Seguros, la misma que tuvo más larga duración que la primera y se constituyó, a partir de 1938, año de su publicación en el Registro Oficial, hasta mediados de la década del 60, en el marco legal del negocio asegurador, lapso en el cual, tuvo un gran crecimiento económico y generó por parte de los aseguradores, nuevas coberturas y ampliaciones en la captación de nuevos sectores empresariales y poblacionales.

En el año de 1965, fue expedida la Ley General de Compañías de Seguros, la misma que, según el Dr. Eduardo Peña Treviño, no fue concebida

como factor de cambio; y, sin tomar en cuenta el crecimiento del negocio asegurador, mantuvo las estructuras jurídicas caducas de la Ley de 1937.

En 1967, se promulga la Codificación de la Ley de Compañías de Seguros que afectada por algunas modificaciones y resoluciones de la Superintendencia de Bancos, encaminadas a normar aspectos específicos, se mantuvo en vigencia hasta ya iniciado 1998, tiempo durante el cual las condiciones económicas y sociales del país habían experimentado serios y sustanciales cambios en su estructura productiva y económica.¹

El crecimiento de la actividad aseguradora y de sus coberturas obligaba la intervención del ente regulador, el mismo que, observando las deficiencias de la Ley General de Seguros, genera la idea de elaborar una nueva Ley que se adapte a la evolución del negocio asegurador, incorporando nuevos adelantos técnicos operado en el mundo de los seguros, estableciendo reglas claras que permitan la consolidación de un sistema de seguro privado solvente y responsable, que cumpla de manera óptima con las coberturas de los múltiples riesgos a los que está sometida la sociedad; puede destacarse, como mecanismo de autorregulación y control, la aplicación del margen de solvencia; además, la diversificación del portafolio de inversiones, para que, las Empresas Aseguradoras se conviertan en agentes activos de inversiones, creando las reservas para desviación de siniestralidad y de siniestro ocurridos y no reportados, así como también, el aporte objetivo al desarrollo económico del país para garantizar que, la relación asegurador – asegurado sea mejor y más clara.

Con las necesidades expuestas, se constituye la vigente Ley General de Seguros, la misma que fue promulgada en el Registro Oficial 290 del 3 de

¹ Régimen Legal de los Seguros en el Ecuador, Archivo Legal, Superintendencia de Bancos del Ecuador.

abril de 1998; y, está conformada por 81 artículos y 10 disposiciones transitorias, distribuidos en tres títulos a saber: ²

Título I	8 artículos
Título II	57 artículos
Título III	16 artículos y 10 disposiciones transitorias.

3.3. Reseña Histórica de los Seguros

El seguro se origina con la necesidad que tiene el hombre, de preservar su integridad, la de su familia y su patrimonio, frente a los riesgos futuros. La actividad aseguradora, a nivel mundial, ha pasado por varias etapas, las mismas que serán revisadas a la brevedad posible, a continuación.

No se realizará una cronología exhaustiva pero se dará un recorrido histórico en el que se pueda constatar la evolución de la actividad aseguradora y comprobar que esta existe desde hace aproximadamente cuatro mil años, específicamente con lo que se refiere al seguro de vida.

A pesar que no se tienen registros, se puede afirmar que las primeras manifestaciones de seguro, fueron sobre la cobertura a la propiedad, hace dos mil años en el área del mediterráneo, aunque pruebas de su existencia solo se tienen desde fines de la edad media.

Según los expertos, se sugiere que la primera póliza emitida fue de seguro marítimo, la misma que cubría las embarcaciones y sus contenidos; en esa época, la navegación representaba un peligro inminente y la aparición de estas pólizas, permitió que la actividad marítima progrese.

² Registro Oficial 290, Ley General de Seguros, 1998.

Por lo expuesto anteriormente, se puede asegurar que el seguro tuvo sus orígenes en Babilonia, donde una asociación de comerciantes cobraba una contribución que cubría los daños provocados en sus naves por las inclemencias del tiempo y/o por accidentes.

Los antiguos hebreos también crearon una modalidad de seguro, denominado “seguro en especie”, el mismo que consistía en que si un animal se perdía, la comunidad debía restituir uno de la misma especie y con características similares.

La antigua Grecia, es precursora institucional del seguro, puesto que innovó con la “asistencia mutua”, que consistía en repartir el valor de los daños de los siniestros marítimos entre los individuos expuestos al mismo tipo de riesgo.

El Imperio Romano dio lugar a las asociaciones militares que retribuían a sus miembros cuando se les cambiaba de destino, retiro o muerte; estas asociaciones dieron lugar a otras de artesanos que protegían a sus miembros de siniestros futuros.

En la Edad Media, siglo IX, en Inglaterra y posteriormente en Alemania, Dinamarca y Francia, surgen las denominadas “guildas”, que son asociaciones en defensa contra la opresión del feudalismo, que protegen a sus miembros, mercaderes y artesanos, en caso de enfermedad, incendio y viaje; y, han sido consideradas como el primer antecedente de la institución aseguradora.

En el siglo XII, en España, aparecen las “cofradías gremiales”, que consisten en socorrer a sus miembros que necesiten pensiones en caso de vejez, invalidez o enfermedad; este tipo de seguros cobra gran importan-

cia en el siglo XV debido a su desarrollo gracias al fuerte espíritu cooperativo de los individuos que lo conforman.

En el siglo XVII, en Gran Bretaña, se crea la agrupación profesional de aseguradores bajo el nombre de “The Lloyd’s Register of Shipping”; un siglo más tarde, aparecen las primeras Compañías Aseguradoras en el ramo de vida, obteniendo un importante desarrollo hacia el siglo XIX.

El siglo XX fue el periodo en el cual, el negocio asegurador se internacionalizó y se consolidó con fuerza a nivel mundial.³

La actividad aseguradora, en la actualidad, es considerada como uno de los pilares de la economía nacional, convirtiéndose además, en un indicador tradicional del desarrollo económico y social del país.

3.4. Importancia de los Seguros

El desarrollo socio económico de un país es un marcador de crecimiento para el seguro, llegando incluso a ser mayor que su evolución económica.

Se puede asegurar, que el seguro de vida es un indicador preciso del crecimiento de la institución aseguradora; además, este ramo, el de vida, es considerado un instrumento para prever el desarrollo de los otros ramos del seguro, inclusive, la propensión al ahorro de familias y empresas.

La actividad aseguradora, como institución, tiene una incuestionable trascendencia social y económica a nivel mundial.

3.5. Tipos de Seguros según la Naturaleza del Asegurado

³ GREENE, Mark, *Los seguros y la Administración de Riesgos*, Ediciones Juan Granica S.A., Barcelona – España, 1987, pág. 33

3.5.1. Seguros de Vida

3.5.1.1. Historia

Los seguros de vida se desarrollaron después de los seguros de la propiedad. Hay registros que en el siglo XVI en Inglaterra existía cierta forma de pólizas de vida, sin embargo, hasta mediados del siglo XVII, los pocos contratos que existían eran individuales, que no contaban con ningún tipo de base estadística, por lo tanto, las primas se fijaban arbitrariamente.⁴

La solución a este problema, se dio gracias al establecimiento de las primas de seguros de vida en base a la acumulación estadística.

Los cálculos de la expectativa del promedio de vida para establecer las primeras tablas de mortalidad, fueron en base a las estadísticas obtenidas a partir de los certificados de nacimiento y de defunción; estas tablas rudimentarias son consideradas poco precisas en la actualidad, pero, según la tecnología actual, se puede asegurar que estas fueron de gran ayuda para que los suscriptores de las pólizas pudieran estimar el tiempo que vivirían sus asegurados.

Otro de los problemas que tuvieron que enfrentar los seguros de vida, fue la incertidumbre de los asegurados al no conocer si el individuo asegurador moriría antes y por tal efecto quedaría sin validez ni ejecutabilidad la póliza suscrita; por lo cual, aparecieron las primeras Compañías Aseguradoras, cuya vida legal tiene carácter ilimitado, entendiéndose así, que las obligaciones contraídas serán ejecutables a largo plazo, es decir, se elimina por completo el riesgo de incumplimiento de las condiciones originales.

⁴ HUEBNER, S. S; BLACK, Kenneth, *El seguro de vida*, McGraw Hill, Madrid – España, 1995, pág 10 - 13

La industria del seguro, durante los siglos XIX y XX, desarrolló los principios operativos, que a pesar, de los constantes cambios, siguen constituyéndose en la base de las operaciones actuales de la actividad aseguradora.

Debido al rápido crecimiento de la actividad aseguradora, en el ramo de vida, se dio lugar, al sistema de agentes, los mismos que promueven y distribuyen los seguros de vida, convirtiéndose de esta manera, en uno de los factores más importantes para el desarrollo de los seguros de vida.

Los seguros de enfermedad se originan cuando se emiten pólizas de accidentes personales para viajes, las mismas que cubrían lesiones, enfermedades y muerte del suscrito durante el viaje; este tipo de seguros tuvo mucho éxito y en la actualidad, se los puede obtener con muchos beneficios y con coberturas mucho más amplias.

En un comienzo, aproximadamente durante el siglo XIX, las aseguradoras, ofrecían seguros de enfermedad a sus clientes que tenían contratada alguna póliza de vida; la mayoría de estas pólizas, cubría exclusivamente, la pérdida de ingresos por incapacidad temporal; un segmento mínimo de estas, se proyectaron, además, por el reembolso de gastos médicos de dichas enfermedades; pero, este número aumentó, ya que, en 1930, todas las Compañías Aseguradoras, dieron cobertura en asistencia médica al mismo tiempo que los grandes hospitales que promovían servicios a través de pagos fijos, convirtiéndose en su única competencia.

La Segunda Guerra Mundial, facilitó la aceptación del seguro de asistencia médica, así como también, fue copartícipe del rápido crecimiento del seguro de vida individual.

La actividad aseguradora ha sido considerada, mundialmente, como una industria que promueve la economía de cada país y que ayuda a los individuos y a las familias a mantenerse autosuficientes a pesar de las pérdidas económicas que representan los siniestros; esta consideración inclusive es válida en países desarrollados como son Estados Unidos, Suiza y Alemania.

Las reservas que las compañías de seguros invierten en el sistema económico, ayudan a las demás industrias a iniciarse, y a expandirse, creando nuevos empleos en el proceso. De esta manera, la industria del seguro tiene una enorme importancia económica tanto para los individuos como para los negocios.⁵

“El Ecuador es uno de los países en Latinoamérica que menos gasta en protección de vida, esta cultura ha sido implantada desde hace muchos años atrás. La información suministrada por la Superintendencia de Bancos sobre la población ecuatoriana asegurada con planes de seguro de vida individual, así como los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), demuestran que existe un déficit de seguro de vida en el país, déficit al cual han pretendido y ofrecido enfrentarlo, demostrando así que la constitución de la nueva empresa conviene a los intereses nacionales”.⁶

Sin tomar en cuenta, la población que en forma obligatoria está protegida por el Seguro Social, se puede ver que, la población que constituye la base del seguro de vida, constituida por la población general del país y de ella, la económicamente activa, según el censo de 1990, únicamente, el

⁵ GREENE, Mark, *Los seguros y la administración de riesgos*, Ediciones Juan Granica S.A., Barcelona – España, 1987, pág. 82 - 90

⁶ DÍAZ BLANCO, Luis, *Seguro de vida en el Ecuador y la tabla de mortalidad*, Dimaxi, Quito – Ecuador, 1998, pág. 24

0,16 % de la primera y el 0,44% de la segunda, están protegidas con seguros de vida emitidos por aseguradoras del sector privado.

La problemática general del seguro de vida en el Ecuador viene desde muchos años atrás, empezando con la Seguridad Social que fue creado con el carácter de obligatorio, en el año de 1928, para proteger a los empleados del sector público contra los riesgos sociales relacionados con la vejez, invalidez y muerte; riesgos de enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo. Luego en el año de 1935, se incorpora bajo esta protección a los trabajadores del sector privado, creando para este sector laboral, la caja del seguro; fusionándose posteriormente las dos organizaciones para constituirse en el actual Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).⁷

Después de su creación, el IESS ofreció una gama de servicios con carácter social, los mismos que, en la actualidad, se han reflejado en deficientes y costosos, causando molestias y reclamos de las clases laborales y empresariales de sus afiliados y beneficiarios; todo ello, gracias a la inexistencia de soluciones a problemas y adversidades originados en el interior y exterior de la Institución.

Los más graves problemas que enfrenta la Seguridad Social, como institución, son: politización, burocratización, sindicalización, corrupción, morosidad, inversiones inadecuadas y sistema financiero obsoleto.

El Consejo Nacional de Modernización del Estado, CONAM, ha intervenido para salvaguardar los intereses de los afiliados y beneficiarios del IESS, por lo cual, ha propuesto la creación de seguros paralelos que desmonopolicen la prestación estatal de servicio pensional, con lo cual, dan lugar a la participación al sector privado.

⁷ DÍAZ BLANCO, Luis, *Seguro de vida en el Ecuador y la tabla de mortalidad*, Dimaxi, Quito – Ecuador, 1998, pág. 30

“Ante esta apertura del CONAM, los grupos de inversionistas han respondido satisfactoriamente, constituyendo nuevas empresas de seguros de vida para sumarse a las existentes, aunque se demostró algunos factores negativos que obstaculizan el desarrollo del seguro de vida en general como: desconocimiento del mercado, falta de educación, los intermediarios.”⁸

3.5.1.2. Necesidades Personales

Las necesidades personales que satisfacen las pólizas de vida son de gran variedad pero pueden reunirse en las siguientes categorías:⁹

- ❖ Gastos funerales.
- ❖ Respaldo económico para los dependientes.
- ❖ Fondos para la educación.
- ❖ Ingresos para la vejez.
- ❖ Otras necesidades.

3.5.1.3. Gastos Funerales

Los gastos funerales surgen sin importar si el occiso tenían algún tipo de relación laboral o dependientes; en estos, se incluyen todos los pagos que deben realizarse inmediatamente al fallecimiento de la persona, tales como, préstamos, créditos y todos los gastos relacionados con dicha muerte, como honorarios médicos, gastos hospitalarios, de funeraria e impuestos sobre herencias.

⁸ DÍAZ BLANCO, Luis, *Seguro de vida en el Ecuador y la tabla de mortalidad*, Dimaxi, Quito – Ecuador, 1998, pág. 35

⁹ HUEBNER S.S.; BLACK Kenneth, *El seguro de vida*, McGraw Hill, Madrid – España, 1995, pág. 10 - 13

3.5.1.3.1. Respaldo económico para los dependientes

El crecimiento de las pólizas de vida, se dio gracias a que ellas proveen respaldo económico a los dependientes del asegurado; en su inicio, tanto como, en la actualidad, esta necesidad sigue siendo una prioridad.

Es muy difícil para una familia, sobrellevar el impacto emocional y los gastos cuando el fallecido es el que representaba el soporte de la misma.

Muy pocas personas tienen ahorrados fondos suficientes para enfrentar los gastos de la familia por varios meses, si los ingresos cesan o decrecen. Aun, si otro de los miembros de la familia trabaja, le tomará algún tiempo igualar los ingresos perdidos. El seguro puede proveer los fondos necesarios para mantener la familia mientras se ajusta a un estándar de vida diferente.¹⁰

3.5.1.3.2. Fondos para la educación

Los padres de familia siempre enfocan sus esfuerzos hacia la inversión en la educación de sus hijos.

Cuando uno de los padres fallece, el ingreso familiar disminuye, por lo tanto, puede verse limitada la posibilidad de enviar a los hijos a la universidad; para evitar esto, los individuos contratan este tipo de pólizas, las mismas que, aseguran la disponibilidad de fondos para la educación de sus hijos.

3.5.1.3.3. Ingresos para la vejez

¹⁰ HUEBNER, S.S; BLACK, Kenneth, *El seguro de vida*, McGraw Hill, Madrid – España, 1995, pág. 10

Al aproximarse la edad de jubilación y decrecer el seguro de vida; el asegurado puede comprar una pensión con el valor de rescate de su póliza.

Las necesidades en la vejez no son cubiertas, en su totalidad, por el Seguro Social; razón por la cual, se crearon estas pólizas y pensiones, para satisfacer los requerimientos de los asegurados.

3.5.1.3.4. Otras necesidades

Las pólizas de vida son las más comercializadas a nivel mundial; ya que sus fondos son utilizados en todas las opciones anteriores y además, pueden ser consideradas para donaciones o como una forma de ahorro.

3.5.1.4. Necesidades Comerciales

En muchas ocasiones, la adquisición de una póliza individual de vida, es considerada como una relación comercial, de acuerdo a sus necesidades, las mismas que han sido agrupadas en cuatro categorías:

- ❖ Seguros sobre personas claves.
- ❖ Continuación del negocio.
- ❖ Vida deudores.
- ❖ Beneficios para empleados.

3.5.1.4.1. Seguros sobre personas claves

Este tipo de pólizas son emitidas cuando las empresas consideran que uno o varios de sus empleados desempeñan un papel clave dentro del Compañía y que, al fallecer prematuramente, dejarían un vacío en ella, ocasionando perjuicios económicos, tales como, al no disponer de sus

servicios se disminuirían las utilidades, el entrenamiento de una persona suplente y las diferentes indemnizaciones o ayudas económicas que se puedan ofrecer a la familia del fallecido.

3.5.1.4.2. Continuación del negocio

Sin importar el número de socios de una Compañía, este tipo de pólizas, provee una indemnización económica cuando uno de ellos fallece, lo cual, permite suplir su ausencia hasta que se tome un nuevo plan para seguir con el negocio.

3.5.1.4.3. Vida deudores

Cualquier entidad que dé lugar a una relación deudor – acreedor requerirá una póliza de vida para que, en caso de fallecimiento del deudor, esta pueda cubrir los pagos pendientes para finiquitar dicha deuda.

3.5.1.4.4. Beneficios para empleados

Los seguros que más frecuentemente se canalizan a través de esta relación son las pólizas de vida en grupo, con la cobertura de vida y de asistencia médica. Este tipo de cobertura es el más difundido en el Ecuador.¹¹

3.5.2. Seguros de Vehículos

3.5.2.1. Definición

¹¹ HUEBNER S.S.; BLACK, Kenneth, *El seguro de vida*, McGraw Hill, Madrid – España, 1995, pág. 10 - 13

Este seguro indemniza todo tipo de siniestro ocurrido con el vehículo asegurado, las personas ocupantes y terceros o sus propiedades, que hayan sufrido las consecuencias de este; en ocasiones, este seguro, es complementado con coberturas de pérdidas físicas para todos los perjudicados.

3.5.2.2. Amparo Total Vehículos

La emisión de pólizas de vehículo está sujeta a distintas condiciones, las mismas que pueden referirse a cobertura, cláusulas adicionales, tasas y deducibles; las mismas que deben ajustarse a las necesidades del asegurado.

A continuación, detallo las ofertas promedio de las Compañías Aseguradoras en el ramo de vehículos.

3.5.2.2.1 Coberturas

- ❖ Pérdida parcial por robo.
- ❖ Pérdida parcial por daño.
- ❖ Pérdida total por robo.
- ❖ Pérdida total por daño.
- ❖ Responsabilidad civil hasta USD 4.000,00 por evento.
- ❖ Accidentes personales hasta USD 2.000,00 por persona.
- ❖ Gastos médicos hasta USD 1.000,00 por persona.

3.5.2.2.2 Cláusulas adicionales

- ❖ Restitución automática de la suma asegurada.
- ❖ Convenio de asistencia total, 24 horas metroassist.
- ❖ Cláusula del milenio.

- ❖ Notificación de siniestros, cinco días.
- ❖ Designación de taller por parte de la Compañía Aseguradora.

3.5.2.2.3 Tasas

- ❖ Quito, Santo Domingo de los Colorados, Esmeraldas, Ibarra y Machala: 4,20%.
- ❖ Guayaquil, Manta y Quevedo: 4,70%.
- ❖ Ambato, Riobamba y Latacunga: 3,70%.

3.5.2.2.4 Deducibles

- ❖ Para Quito, Santo Domingo de los Colorados, Esmeralda, Ibarra y Machala: 10% del valor del siniestro, mínimo 1% del valor asegurado, mínimo USD 150,00 por cada reclamo (el valor mayor).
- ❖ Para Guayaquil, Manta y Quevedo: 10% del valor del siniestro, mínimo 1% del valor asegurado, mínimo USD 200,00 por cada reclamo (el valor mayor).
- ❖ Para Ambato, Riobamba, Latacunga, Cuenca y Loja: mínimo USD 120,00 por cada reclamo (el valor mayor).

El plan de seguro de vehículos que Best Seguros S.A. ofrece a sus clientes es flexible y permite que se adapte a sus necesidades, pero básicamente, a todos los clientes se les ofrece el plan con las bajo las siguientes características:

Beneficios adicionales

- ❖ Asistencia técnica al vehículo y asistencia en viajes para el titular asegurado y su familia en cualquier parte del mundo, las 24 horas del día, los 365 días del año.
- ❖ Marcación del vehículo gratis.
- ❖ Concesionarios y talleres autorizados para la atención de siniestros.
- ❖ Desgravamen: para el deudor principal hasta por el saldo de la deuda al momento del fallecimiento.
- ❖ Cobertura en países del Pacto Andino.
- ❖ Terremoto.

Deducibles

Quito:

- ❖ Primer siniestro: 10% del valor del siniestro, mínimo 1% del valor asegurado, mínimo USD 100,00.
- ❖ Segundo siniestro: 10% del valor del siniestro, mínimo 1,5% del valor asegurado, mínimo USD 150,00.
- ❖ Tercer siniestro: 10% del valor del siniestro, mínimo 2% del valor asegurado, mínimo USD 200,00.

Guayaquil:

- ❖ Primer siniestro: 10% del valor del siniestro, mínimo 1% del valor asegurado, mínimo USD 150,00.
- ❖ Segundo siniestro: 10% del valor del siniestro, mínimo 1,5% del valor asegurado, mínimo USD 200,00.

- ❖ Tercer siniestro: 10% del valor del siniestro, mínimo 2% del valor asegurado, mínimo USD 250,00.

Cuenca:

- ❖ Primer siniestro: 10% del valor del siniestro, mínimo 1% del valor asegurado, mínimo USD 40,00.
- ❖ Segundo siniestro: 10% del valor del siniestro, mínimo 1,5% del valor asegurado, mínimo USD 80,00.
- ❖ Tercer siniestro: 10% del valor del siniestro, mínimo 2% del valor asegurado, mínimo USD 120,00.

Coberturas básicas

Responsabilidad civil

- ❖ Lesiones corporales a terceros por USD 3.000,00 por evento.
- ❖ Daños a la propiedad de terceros por USD 3.000,00 por evento.
- ❖ Pérdida total o parcial del vehículo por daños, aplica el valor comercial.
- ❖ Pérdida total o parcial del vehículo por robo, aplica el valor comercial.
- ❖ Lesiones a ocupantes del vehículo.
- ❖ Gastos médicos por ocupante por USD 1.000,00.
- ❖ Accidentes personales por ocupante por USD 2.000,00.

Cobertura adicional

Póliza de accidentes personales por el valor asegurado del vehículo, los 365 días del año, en cualquier lugar del mundo, en caso de muerte accidental o incapacidad total y permanente del propietario del vehículo (ex-

cluye accidentes de tránsito en vehículos de uso particular privado y homicidios).

Procedimiento

- ❖ Llenar completamente la solicitud del seguro.
- ❖ Adjuntar fotocopia de la factura del concesionario, en caso de vehículo nuevo, o matrícula, en caso de ser usado y fotocopia de la licencia vigente del conductor.
- ❖ Inspección del vehículo, en caso que sea usado.

3.5.3. Seguros de Salud o Asistencia Médica

El seguro de salud o asistencia médica cubre todos los gastos ocasionados por enfermedades o accidentes que sufriera el asegurado, siempre y cuando, estén respaldados por un diagnóstico certificado por un médico que ejerza libre y legalmente la medicina en el Ecuador.

En el lenguaje del seguro de salud o asistencia médica, se habla mucho de la “incapacidad”, es por ello, que debo profundizar sobre su definición en este campo; se considera incapacidad a toda enfermedad, lesión o accidente que sufre el asegurado y que tiene cobertura dentro de su póliza de salud.

El monto máximo de cobertura es el valor tope que la Compañía Aseguradora pagará al asegurado cuando se presente una incapacidad; este valor, estará ligado al tipo de póliza contratada, pudiendo estar en relación a cada una de las incapacidades o puede estar estipulado que tendrá relación a todas las incapacidades que podrá sufrir el asegurado mientras esté vigente su póliza.

Existen dos tipos de gastos médicos en los que puede incurrir el asegurado, estos son: los gastos hospitalarios, los mismos que incluyen todos los valores por atención médica dentro de una clínica u hospital, inclusive cirugías, maternidad o emergencias médicas; y, gastos ambulatorios, los mismos que incluyen todos los valores por atención en cualquier consultorio médico, laboratorio clínico o farmacia, inclusive consultas médicas, exámenes de laboratorio, medicinas, etc.

Se debe presentar toda la documentación requerida, por la Compañía Aseguradora, para el reembolso de reclamos; para que el trámite sea rápido se debe tomar en cuenta que la solicitud debe estar totalmente llena y debe ser una por cada incapacidad, además, se deben adjuntar todos los documentos solicitados. Es muy importante, que en las consultas médicas, se lleve el formulario para que el médico lo llene.

El reembolso de reclamos debe seguir los siguientes pasos, una vez, incurridos los gastos que se parametrizan dentro de la póliza:

- ❖ Completar en la solicitud de beneficios, la sección correspondiente a sus datos personales y los del paciente.
- ❖ Solicitar al médico, que complete en la misma solicitud, la parte que le corresponde; es obligatorio incluir el nombre, firma y código médico.
- ❖ Solicitar a la persona autorizada en la empresa o institución, que complete la sección correspondiente al contratante; es obligatorio incluir el nombre, firma y sello.
- ❖ La documentación que debe ser adjuntada y es requerida para dar trámite al reclamo ambulatorio, es la siguiente:

- a) Factura de consultas médicas.
- b) Pedidos u órdenes de exámenes.

- c) Factura de laboratorios clínicos y de imagen.
- d) Recetas médicas.
- e) Facturas de farmacias.

❖ La documentación que debe ser adjuntada y es requerida para dar trámite al reclamo hospitalario, es la siguiente:

- a) Facturas de honorarios médicos.
- b) Factura de la clínica u hospital.
- c) Facturas de medicinas.
- d) Historia clínica.
- e) Epicrisis.

Algunos gastos médicos no tienen cobertura, ya sea porque están detallados dentro de la póliza, tales como, los originados por delitos o infracciones a la Ley; o porque no se encuentran dentro de los gastos necesarios, razonables y acostumbrados en los cuales se incurriría en una incapacidad; o también, pueden ser gastos que no guardan relación alguna con la incapacidad que se pretende realizar el reclamo y su respectivo reembolso.

Cuando un gasto no tiene cobertura, la Compañía Aseguradora, deberá entregar una explicación de ello, por escrito, al asegurado.

3.6. Situación y Perspectivas de los Seguros en el Ecuador

Al cierre del segundo trimestre del año en curso, al menos 40 mil hogares tienen previsto adquirir o renovar pólizas de seguros. Dentro del cual, el 37% correspondería al segmento de Vehículos, que es el de mayor diná-

mica en el mercado nacional, pues genera más del 50% del volumen de negocios.¹²

Según lo indicado anteriormente, y con respecto a las perspectivas trazadas estadísticamente, se puede afirmar que el negocio asegurador tendrá un crecimiento rápido, en vista que el 6,3% de los hogares urbanos tienen, al menos, una póliza de vehículos, frente al 6% de los hogares urbanos que poseen una póliza de vida o accidentes personales y el 2,8% de los hogares urbanos que tienen un seguro de vivienda.

Así mismo, dentro del ámbito estadístico, se puede indicar que, al desagregar el egreso mensual de las familias, se ha obtenido la siguiente información: el 43,4% del gasto en seguros se destina a la rama de vehículos, con relación al 23,4% que se destina a la rama de salud o asistencia médica, del 23% destinados a la rama de vida y del 10,2% que se destina a la rama de vivienda.

Lo indicado anteriormente, me ha llevado a conocer que el crecimiento sostenido durante el año 2007, con respecto al análisis de las primas netas recibidas, ha sido progresivo; ya que, en el año 2008, se mejoraron notablemente estas perspectivas, en relación al nivel de siniestros cubiertos por las Compañías Aseguradoras. Esta tendencia, absolutamente favorable, se ha reflejado durante los años subsiguientes.

Muchos expertos, afirman que, la dolarización permitió una demanda mayor de pólizas y la adquisición de una cultura de seguros por parte de los individuos que conforman la sociedad ecuatoriana; esta demanda se podría incrementar, si el mercado ecuatoriano brindara una mayor estabilidad.

¹²

Revista económica *Pulso Ecuador*, Edición 34, 2004, pág. 18

En el atractivo segmento de Vehículos, el gasto muestra particularidades. En el agregado nacional, 62,1% de los hogares que disponen al menos de una póliza, invierten en ella menos de 160 dólares por año, frente a un 10,4% que pagan entre 160 y 320 dólares anuales y al 27,5% que destinan más de 320 dólares por año.¹³

En seguros de Vida, 74,9% de los hogares que disponen de este tipo de pólizas gastan menos de 120 dólares por año, 6,5% entre 120 y 240 dólares, 5,7% entre 240 y 360 dólares y 12,9% más de 360 dólares por año en seguros.¹⁴

En el segmento de los seguros de Vivienda, 57% de los hogares ecuatorianos que disponen de esta cobertura tienen un gasto anual de hasta 120 dólares, el 6,2% pertenece a los que gastan entre 120 y 240 dólares, 7,3% entre 240 y 360 dólares, 3,6% entre 360 y 480 dólares por año y un importante 25,4% que invierte anualmente más de 480 dólares.¹⁵

Todos estos datos estadísticos proporcionados por la Revista económica “Pulso Ecuador”, son corroborados por la información suministrada periódicamente por la Superintendencia de Bancos, quien afirma además, que las Compañías Aseguradoras, así como los Brokers de Seguros, han optado por adoptar la estrategia foco – nicho, la misma que consiste en especializarse en áreas determinadas en seguros y vender otros servicios adicionales.

Best Seguros S.A. conoce todas las oportunidades que el mercado asegurador, en el ramo de vehículos, le brinda a las Compañías Aseguradoras y a los Brokers de Seguros; y, está consciente del lugar que está tomando dentro del presupuesto de las familias, la adquisición del mismo;

¹³ Revista económica *Pulso Ecuador*, Edición 34, 2004, pág. 35

¹⁴ Revista económica *Pulso Ecuador*, Edición 34, 2004, pág. 35

¹⁵ Revista económica *Pulso Ecuador*, Edición 34, 2004, pág. 36

por lo tanto, desea implementar un plan de mejoramiento de sus procesos operativos, para optimizar el servicio al cliente y poder posicionarse dentro de este mercado que cada día adquiere más fuerza.

Las Compañías Aseguradoras, se especializan en el tipo de seguro que ofrecen, los mismos que se adaptan a las necesidades de los clientes; según datos de la Superintendencia de Bancos, las Compañías Aseguradoras, se dividen en tres grupos, de acuerdo a los ramos que ofertan, que pueden ser, en seguros generales (riesgos de bienes, patrimonio y cumplimiento), seguros generales y vida y seguros de vida exclusivamente.

En el Ecuador, se cuenta con cuarenta Compañías Aseguradoras legalmente constituidas; y, según la clasificación indicada anteriormente, se dividen de la siguiente manera:

❖ Seguros Generales:	12 Compañías Aseguradoras
❖ Seguros Generales y Vida:	21 Compañías Aseguradoras
❖ Seguros de Vida:	7 Compañías Aseguradoras
❖ Total:	40 Compañías Aseguradoras

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y GESTIÓN DE LA EMPRESA

4.1. Antecedentes de la Empresa

4.1.1. Historia de la Empresa

Best Seguros S.A., es una empresa asesora y proveedora de seguros, fue creada el 02 de septiembre de 2002 y posee la debida autorización emitida por la Superintendencia de Bancos, órgano rector de las compañías asesoras y aseguradoras en nuestro país.

Sus accionistas vieron la necesidad de crear un programa de banca de seguros en conjunto y de allí nace la idea de crear Best Seguros S.A., como una empresa que apoya el desarrollo del mercado asegurador ecuatoriano en base a la satisfacción total de las necesidades de sus clientes.

A partir del año 2002, Best Seguros S.A., empieza sus operaciones, abriendo sus puertas a la atención a clientes desde su oficina matriz, ubicada al norte de la ciudad de Quito; y su sucursal, en la ciudad de Guayaquil.¹⁶

El recorrido de Best Seguros S.A., en sus seis años de funcionamiento, le ha permitido posicionarse prometedoramente, en el mercado asegurador ecuatoriano; esto ha sido resultado, de varios factores como incrementos

¹⁶

ARCHIVO BEST SEGUROS S.A., *Acta de Constitución*, 2002, página 1

de capital, fortaleza y conocimientos amplios en el campo asegurador a servicio de quienes requieren asesoría en dicha área.

La compañía cuenta con un equipo conformado por treinta y dos personas especializadas en el ramo de seguros, lo cual, garantiza un asesoramiento personalizado y profesional, acorde con las exigencias actuales del mercado asegurador y enmarcado dentro de los parámetros filosóficos de calidad total, reingeniería y paralelismo; además, que refleja excelencia frente a sus clientes y productores.

Para el logro de lo indicado en el párrafo anterior, se perfilan, las siguientes características en el equipo:

- ❖ Ejecutivos que cuentan con experiencia y prestigio.
- ❖ Grupo humano capacitado para ejercer las tareas encomendadas.
- ❖ Seriedad y profesionalismo en cada actividad.
- ❖ Oferta variada de productos y servicios, que van de acuerdo a las necesidades de cada cliente.
- ❖ La empresa cuenta con el sistema integrado de intermediación de seguros (SIIS), el mismo que fue desarrollado con herramientas de alta tecnología.

Desde sus inicios, Best Seguros S.A., tuvo una gran acogida en el mercado asegurador, siendo actualmente, una compañía muy representativa en dicho sector, todo ello, gracias al respaldo y prestigio de sus socios estratégicos, entre los cuales están Interoceánica, Seguros Equinoccial, BMI, Aseguradora del Sur, Ecuasanitas, entre otros. Además, cuenta con la credencial emitida por la Superintendencia de Bancos, la misma que le permite, negociar seguros en general.

4.1.2. Base Legal de la Empresa

- “1.- Fecha, notario ante quien se otorgó e inscripción: El 02 de septiembre de 2002, ante el notario séptimo del cantón Quito, e inscrita en el Registro Mercantil del Cantón Quito, con el número 315 y anotada en el repertorio bajo el número 014, el 15 de septiembre de 2002.*
- 2.- Nombre, Domicilio, Nacionalidad y Calidad en la que comparece el otorgante: Silvia Dávila, domiciliada en la ciudad de Quito, de nacionalidad ecuatoriana, en su calidad de Gerente General de la Agencia Colocadora de Seguros “Best Seguros S.A.”.*
- 3.- Domicilio principal de la Compañía: La ciudad de Quito, Distrito Metropolitano.*
- 4.- Aumento de Capital y Número de Participaciones en que se divide: Se aumenta el capital de la Agencia Colocadora de Seguros “Best Seguros S.A.”, en la suma de TRES MIL DÓLARES AMERICANOS, con lo cual el capital alcanza la suma de CINCO MIL DÓLARES AMERICANOS, dividido en cinco mil acciones ordinarias y nominativas de UN DÓLAR AMERICANO cada una (Silvia Dávila : 3750 acciones; Tanya Muñoz 1250 acciones).*
- 5.- Reforma de Estatutos: Se reforma el estatuto de conformidad con los términos constantes en la escritura pública otorgada el 15 de septiembre de 2002 particularmente en su denominación en cumplimiento de lo ordenado en la Disposición Transitoria Primera de la Ley General de Seguros, la misma que será “BEST SEGUROS S.A. AGENCIA ASESORA PRODUCTORA DE SEGUROS”.*
- 6.- Autorización de la Superintendencia de Bancos: Mediante resolución número SBN-INS-27-614, la Superintendencia de Bancos autorizó el aumento de capital suscrito y pagado, la reforma y codificación de los*

estatutos sociales, que constan en la escritura pública del 15 de septiembre de 2002.”¹⁷

4.1.3. Misión Organizacional

“Best Seguros S.A., es una organización experta en seguros, que cuenta con personal calificado, constantemente capacitado y orientado a la acertada y oportuna asesoría para que nuestros clientes sientan seguridad y protección con respecto a su integridad y/o a sus bienes.

*Nuestro personal está orientado a satisfacer plenamente las necesidades de los clientes, mediante un asesoramiento técnico y económico adecuado, así como también, durante los procesos de actualización, renovación y asistencia en caso de siniestro”.*¹⁸

4.1.4. Visión Organizacional

*“Mediante la aplicación de una acertada cultura organizacional altamente participativa con identidad propia, además, de la adaptación a los avances tecnológicos y capacitación continua del personal; Best Seguros S.A., se proyecta como una de las empresas líderes del mercado asegurador ecuatoriano, manteniendo un margen de rentabilidad, pero siempre orientándose al fin social que la impulsa”.*¹⁹

4.1.5. Objetivos, Metas y Estrategias Empresariales

4.1.5.1. Aspectos Cuantitativos

¹⁷

ARCHIVO LEGAL BEST SEGUROS S.A., *Base Legal de la Empresa*, 2002, página 2

¹⁸

ARCHIVO EMPRESARIAL BEST SEGUROS S.A., *Plan Estratégico de Mercadeo*, 2006, página 2

¹⁹

ARCHIVO EMPRESARIAL BEST SEGUROS S.A., *Plan Estratégico de Mercadeo*, 2006, página 2

Tabla No.5: Objetivos, Metas y Estrategias Cuantitativos

OBJETIVOS	METAS	ESTRATEGIAS
Incrementar los ingresos en un 15% para el 2009	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renovación del 100% de clientes corporativos. ▪ Renovación del 90% de clientes individuales. ▪ Con referencia al 2008, incrementar las ventas en un 50%. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Comunicación permanente con las empresas en miras de optimizar el servicio. ❖ Estudio de competencia para mejorar la oferta a las empresas. ❖ Innovación en las ofertas de productos, servicios y coberturas para el incremento de ventas. ❖ Organizar servicio post-venta. ❖ Reorganizar el proceso de administración con las empresas aseguradoras. ❖ Organizar el relanzamiento de productos ya existentes. ❖ Mediante telemarketing, analizar nuevos productos. ❖ Establecer convenios con empresas, para realizar ventas cruzadas. ❖ Establecer convenios con aseguradoras, para intervenir en procesos comerciales.
Acrecentar la utilidad bruta en un 15%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplimiento del presupuesto de ingresos. ▪ Cumplimiento del presupuesto de gastos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Relación total con el primer objetivo. ❖ Implementación de un sistema de control de gastos, a cargo del departamento financiero. ❖ Austeridad en el uso de recursos de papelería y comunicaciones. ❖ Establecimiento de un sistema de remuneración variable.
Conservar la relación entre la rentabilidad de los ingresos y los gastos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eficiencia en el uso de recursos disponibles. ▪ Cumplimiento de presupuestos gastos/gastos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Relación total con el primer objetivo. ❖ Establecer un sistema para realizar seguimiento permanente y responsabilizar a cada área por sus ingresos y gastos.
Aumentar la rentabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplimiento de objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer un número máximo de empleados. ❖ Desarrollar una tabla base para el sistema de

por ejecutivo a \$2.500,00	de desarrollo humano organizacional para lograr mayor eficiencia.	sueldos variables.
----------------------------	---	--------------------

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

4.1.5.2. Aspectos Cualitativos

Tabla No.6: Objetivos, Metas y Estrategias Cualitativos

OBJETIVOS	METAS	ESTRATEGIAS
Modificación de la estructura funcional acorde a un esquema de CRM (Customer Relationship Management)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brindarle al cliente una mejor atención y/o servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reestructuración de los departamentos comercial y de operaciones con enfoque al CRM. ❖ Segmentación para el óptimo diseño de ofertas de venta y post-venta. ❖ Implementación de un sistema de medición de estándares de servicio.
Culminar con la implementación del Sistema Integrado de Seguros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Completar el programa hasta julio de 2009. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluar la utilidad del Global Health Alternatives para su adquisición o seguir con arrendamiento. ❖ Cumplimiento del cronograma por parte del departamento de sistemas. ❖ Establecer actividades del departamento de sistemas e implementar manuales de procesos, funciones y creación de nuevos productos.
Consolidar las gestiones de los departamentos de Recursos Humanos y Administración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contar con personal eficiente. ▪ Relacionar la gestión del área administrativa en base al análisis costo/beneficio. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reestructuración del organigrama funcional. ❖ Mantener el proceso de capacitación continua. ❖ Implementación del sistema de remuneración variable. ❖ Desarrollo de plan de carrera con escala salarial referente al mercado.
Fortalecer la gestión del departamento de Indemnizaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimizar los tiempos relacionados al pago de reclamos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Implementar sistema de medición para determinar los puntos críticos de los procesos y su mejoramiento continuo. ❖ Establecer convenios con Aseguradoras para que el proceso referente a siniestros sea más ágil. ❖ Implementar línea gratuita 1-800. ❖ Establecer parámetros sobre inspecciones de siniestros y autorizaciones de reparación.
Fortalecer la gestión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incrementar 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Minimizar la cartera promedio diaria.

del departamento Financiero	la rentabilidad de la Compañía.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reestructurar el proceso de compras. ❖ Establecer convenio con aseguradoras para el otorgamiento de premios por resultados.
-----------------------------	---------------------------------	--

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Los cuadros expuestos anteriormente, han sido elaborados en base a los aspectos cualitativos y cuantitativos que se detallan en el “Plan Estratégico de Mercadeo”, para el año 2009.

4.1.6. Accionistas

Best Seguros S.A., cuenta con dos accionistas: Ing. Silvia Dávila y Srta. Tanya Muñoz.

La primera, cuenta con el 75% de las acciones y la segunda, cuenta con el 25% de las mismas.

4.1.7. Clientes

4.1.7.1. Clientes Internos

Best Seguros S.A., considera a sus cliente internos como sus socios estratégicos; ya que, estos, promueven la contratación, emisión, renovación y cancelación de pólizas de seguros y reaseguros, individuales y colectivas.

Entre los principales socios estratégicos con los que cuenta Best Seguros S.A., se pueden nombrar a Interoceánica, Seguros Equinoccial, BMI, Aseguradora del Sur, Ecuasanitas, entre otros.

4.1.7.2. Clientes Externos

Los clientes externos de Best Seguros S.A., son todas las personas naturales y jurídicas que tienen contratada la emisión, renovación y/o cancelación de pólizas de seguros y reaseguros con la compañía.

Según la base de datos de la empresa, cuenta con 102 clientes externos entre contratos individuales y colectivos; los mismos que, incluyen a los colaboradores de la compañía.

4.2. Información General de la Empresa

4.2.1. Valores de la Empresa

- ❖ Respeto a los clientes internos, externos, colaboradores y personas en general.
- ❖ Responsabilidad social e institucional.
- ❖ Observancia y estricto cumplimiento de los reglamentos y políticas internas de la compañía, así como también, de las Leyes y Estatutos del Estado.
- ❖ Transparencia, legalidad y lealtad en todas las acciones y procedimientos que emprende la empresa.
- ❖ Búsqueda continua de la entera satisfacción del mercado asegurador.
- ❖ Eficiencia y eficacia en todos los procesos.
- ❖ Justicia, equidad y autenticidad en cada una de las acciones emprendidas por la compañía.
- ❖ Autonomía, autenticidad, iniciativa y equidad.

4.2.2. Situación Financiera

En el último año, Best Seguros S.A., tuvo un crecimiento en primas con relación al año anterior del 45%, es decir, se incrementó la prima de 2.569,41 dólares a 3.725,64, este crecimiento es mayor en 17 puntos porcentuales al crecimiento del mercado; por lo tanto, la participación de la empresa en el mercado asegurador se ha incrementado, pero este dato, solo será conocido al momento que sean publicados los balances de los brokers de seguros a nivel nacional por parte de la Superintendencia de Bancos.

Lo referente a las comisiones, aumentaron en un 57% debido a que se logro subir el porcentaje promedio de comisiones con Interoceánica y Seguros Equinoccial; entre estas dos, se concentra el 87% de Best Seguros S.A; convirtiéndose de esta manera, en socios estratégicos claves que cuentan con preferencia con respecto al resto de ellos.

Con relación al año anterior, en donde se obtuvo una utilidad antes de participación a empleados y comisión de 7.164,10 dólares; se puede indicar que, esta se incrementó en un 54%, ya que en este último año fue de 11.032,71 dólares.

Aparentemente, según lo indicado en los párrafos anteriores, se podría asegurar que los resultados fueron positivos; pero, se debe tomar en cuenta que, en el último trimestre del año, se tuvo que prever un deterioro de los mismos debido a tres causas principales: el incremento en el déficit comercial, el incremento en los costos de reaseguro y la crisis internacional.

"Es probable que no se pueda repetir en el 2009 el excelente desempeño del mercado asegurador del 2008. La crisis internacional continúa y está

afectando a la economía ecuatoriana. El sector asegurador sentirá el impacto de la crisis."²⁰

Best Seguros S.A., ha presentado un notable decrecimiento en su cartera de clientes, lo cual ha preocupado a sus accionistas y las ha obligado a centrar sus esfuerzos en elaborar un plan de mejoramiento de sus procesos operativos y corporativos con miras a la optimización del uso de los recursos, especialmente, en las áreas comercial y de mercadeo masivo, para que, de esta forma, se eviten pasos innecesarios que lo único que logran es, demorar la gestión y operación de la empresa, creando demasiados puntos críticos difíciles de superar.

Por todo lo expuesto, la realización de esta tesis, se enfoca a la reestructuración de todos los procesos operativos de la empresa para dar un giro a los procesos críticos de la misma, que requieran de un cambio inmediato.

4.2.3. Funciones de la Estructura Orgánica de la Empresa

En base a entrevistas informales con los empleados y manuales de procesos, se ha recopilado las obligaciones y funciones en general, que debe cumplir cada nivel organizacional.

❖ Apoderado o Representante Legal. La Representante Legal de Best Seguros S.A., es la Ing. Silvia Dávila; es quien se encarga de contestar las demandas y cumplir con las obligaciones legales respectivas. A ella, se reporta directamente la Gerencia General.

²⁰ SPURRIER BAQUERIZO, Walter. Análisis Semanal de economía y política del Ecuador. Año XXXIX # 12 / Marzo 27, 2009.

❖ Gerencia General. El Gerente General de Best Seguros S.A., es el Dr. Bruno Muñoz; es quien supervisa todos los contratos tanto laborales como comerciales, entrega informes a contralorías de filiales y la empresa en general y toma decisiones de acuerdo a los informes de cada departamento de la organización. Se reporta a la Representante Legal y a él, se reportan directamente las Subgerencias.

❖ Subgerencia de Operaciones. Se encarga de controlar y supervisar todas las actividades y operaciones de Best Seguros S.A., y sus sucursales, además, tiene que vigilar el cumplimiento de todas las disposiciones y políticas de la empresa a directores, subgerentes y subordinados de cada área y sucursales, adicionalmente, tiene que entregar informes del funcionamiento operativo y corporativo de la empresa a la Gerencia General.

❖ Subgerencia Comercial. Su labor principal es el diseño, creación, implementación y lanzamiento de nuevos productos o paquetes de seguros de vida y vehículos; tanto colectivos como individuales, para ganar mercado y conseguir más clientes, ofrecer también paquetes de beneficios y descuentos a los clientes existentes, además, tiene que dar informes, no solo a la Gerencia General, sino a la Subgerencia de Operaciones.

❖ Subgerencia Técnica. Se encarga de la negociación y comercialización de pólizas en ramos generales, tanto pólizas de salud como de vehículos, esta área se encarga del manejo de pólizas colectivas únicamente, también tiene como función, supervisar y controlar el cumplimiento de las obligaciones de todo el departamento técnico; los informes que emite sobre el manejo y funcionamiento del departamento son reportados a la Gerencia General y a la Subgerencia de Operaciones.

❖ Subgerencia de Indemnizaciones. Su función es la de tramitar y liquidar todos los siniestros junto con la aseguradora, analizando cada caso para su cobertura, es así, como aprueban su liquidación y objetan su pago, con la explicación correspondiente al cliente; este departamento, solo maneja pólizas de vehículos, los informes que emite son reportados a la Subgerencia de Operaciones y a la Gerencia General.

❖ Subgerencia de Salud. Su función principal es verificar que toda la documentación de reclamos de siniestros esté en orden y completa, e ingresarla al sistema, entregarla a la aseguradora para su respectiva liquidación, debe estar pendiente, además, de su liquidación o razón por la que se objeta el reclamo, adicionalmente, tiene que estar pendiente de que la aseguradora pague en el tiempo correspondiente la indemnización y que cumpla con todo lo ofrecido al cliente como beneficios, descuentos y todas las condiciones con las que fue contratado el producto, es decir, verificar que, el pago sea completo y que el cliente no tenga quejas al respecto. Otra de las funciones de la Subgerencia de Salud, es velar por el bienestar del cliente, verificando que la atención en el centro médico sea óptima y de calidad. Los informes emitidos con reportados a la Subgerencia de Operaciones y a la Gerencia General.

❖ Subgerencia Administrativa – Financiera. Se encarga del manejo, contratación, supervisión y capacitación del personal de la empresa y del que es contratado; además, maneja la cartera vencida y vigente, revisa y envía estados de cuenta, así como también, realiza los cobros respectivos a los clientes. Sus reportes van hacia la Subgerencia de Operaciones y posteriormente, a la Gerencia General.

❖ Subgerencia de Mercadeo Masivo. Su función es la de controlar y supervisar el área de salud y el departamento administrativo financiero, además, se encarga de la comercialización de pólizas individuales de vehículos y de la facturación, cotización y emisión de pólizas y certificados. Se reporta directamente con la Gerencia General y con la Subgerencia de Operaciones.

❖ Subgerencia Tecnológica. Tiene a su cargo la administración de la base de datos, administración de licencias, administración de hardware y software, administración de backups, administración de la red, soporte al usuario externo e interno y desarrollo de software. Se reporta a la Gerencia General y a la Subgerencia de Operaciones.

❖ Operativos. Este nivel, tienen todas las personas no nombradas anteriormente, son las que se encargan de la realización directa de las actividades de la compañía, por lo tanto, representan una parte significativa de la misma y tiene vital importancia, ya que, son el motor de la organización. Se reportan directamente a la Subgerencia bajo la que trabajen.

4.2.4. Productos y Servicios que Oferta la Empresa

Best Seguros S.A. provee a sus clientes de sus productos, entre los principales se pueden citar a las pólizas nuevas y renovaciones de seguros de vida y seguros para vehículos, tanto individuales como colectivos.

Es por la naturaleza de la Empresa y los productos que oferta que es primordial, la implementación de un plan de mejoramiento de sus procesos operativos, con la finalidad de ubicar a Best Seguros S.A. como uno de los mejores brokers de seguros del país.

4.2.5. Situación Actual de la Empresa en el Mercado Ecuatoriano

“El 2008, el negocio de seguros generales incrementó su ritmo de crecimiento de 6.9% a 30.4%, mientras que los seguros de vida lo aumentaron de 25.9% a 29.5%. El incremento global en primas netas, esto es incluyendo seguros generales y vida fue de 30.3%”²¹. Es decir, podemos afirmar que, con respecto al año anterior, ha habido un mejoramiento del sector, desde el punto de vista comparativo entre el resultado técnico y las primas netas recibidas.

El riesgo moral que existe en el país ha tenido peso sobre el mercado asegurador, un ejemplo claro de esto, es que los asegurados se han restringido de manera especial en el ramo de fianzas para el Sector Público por dos razones: por inexistencia de obra pública y por contratos restringidos.

Desde el año 2007 hasta la fecha, se procura estabilizar las diferentes variables económicas y se ha pretendido mantener los niveles de crecimiento establecidas y solo se lograron en parte, alcanzando un crecimiento menor al proyectado (3.3% del PIB frente al 4% proyectado); este desempeño se puede considerar positivo dadas las distintas condiciones externas.

A pesar de lo expuesto, se debe considerar que, en el tercer trimestre del 2008, se presentó un decremento del 25%, aproximadamente, del mercado asegurador; pero, esta baja fue compensada en los próximos meses del año 2009, cuando fueron adjudicadas a las Compañías de Seguros, cuentas de volumen importantes de primas y renovaciones del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

²¹ SPURRIER BAQUERIZO, Walter. Análisis Semanal de economía y política del Ecuador. Año XXXIX # 12 / Marzo 27, 2009.

“Hay un pequeño mercado para tantas aseguradoras que hay en el País”; por lo cual, se ha hecho una necesidad imperante, la especialización de las Compañías Aseguradoras para ofertar valores agregados que atraigan a los consumidores.

La naturaleza de los corredores de seguros, los obliga a enfocarse en buscar las mejores alternativas para los clientes, con el fin de encontrar la mejor compañía de seguros que satisfaga sus necesidades, de acuerdo a sus actividades específicas. Todo esto, implica que cada una de las Compañías Aseguradoras aplique un profesionalismo al ciento por ciento y que busque especializarse en un ramo debido a que es imposible abarcar todas las áreas.

Best Seguros tiene muy clara la situación actual del país, lo cual es importante para la oferta de los seguros; está consciente que el Ecuador es un país no violento, por lo tanto, puede ofertar coberturas limitadas de terrorismo.

“El tema de vehículos tiene un potencial enorme en Latinoamérica, especialmente en aquellas naciones en que el tema no es obligatorio, por ejemplo en Chile, donde solo un 30% del parque automotriz tiene algún tipo de seguro”²². En la actualidad, en nuestro país, se promueve la implementación del seguro obligatorio para el vehículo, para sus ocupantes, para terceros y para bienes afectados en el siniestro.

El mercado asegurador, cada vez está tomando mayor terreno en nuestro país, por lo que, Best Seguros, ha tomado la iniciativa de implementar un plan de mejoramiento de sus procesos operativos para optimizar el uso de sus recursos y ofertar acertadamente sus productos y servicios, orientados a satisfacer plenamente las necesidades del consumidor. Esto le permitirá ubicarse dentro de los primeros brokers de seguros del país.

²²

Revista *El Financiero*, Edición 520, 01 de diciembre de 2003, página 13.

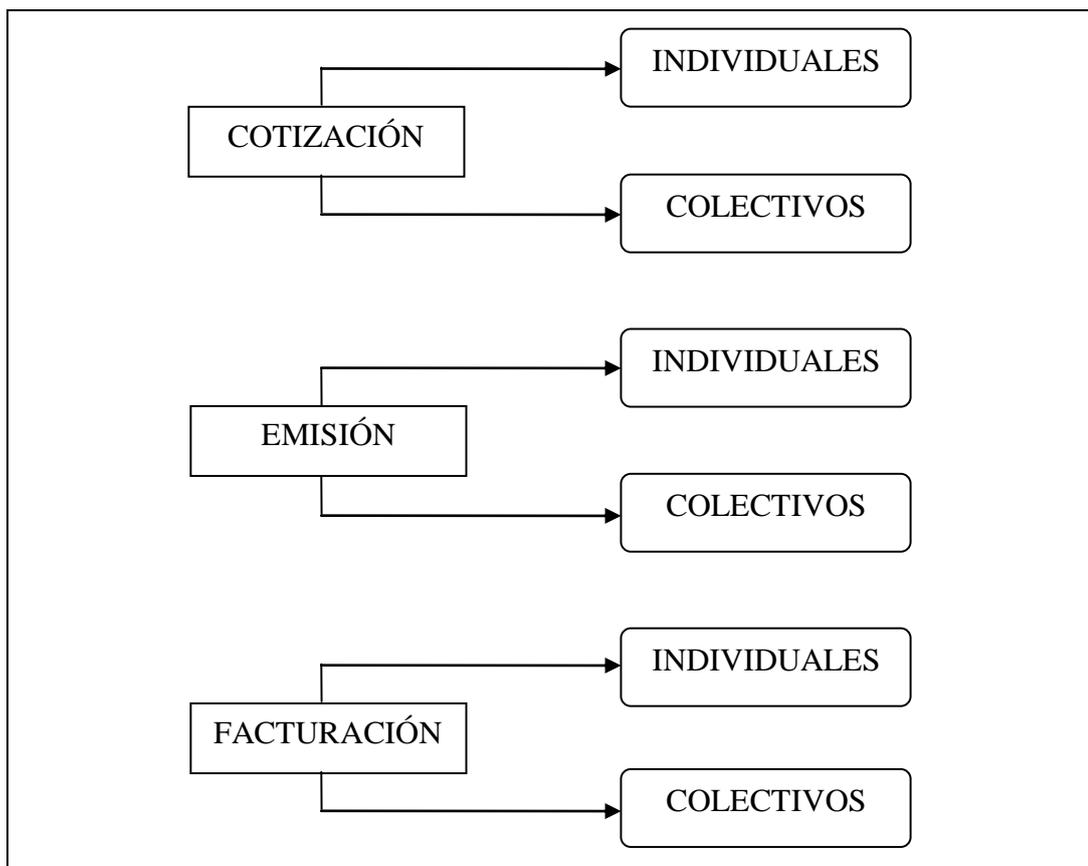
4.2.6. Procesos Actuales de la Subgerencia de Mercadeo Masivo

En base a la cadena de valor de la compañía y encuestas realizadas a los ejecutivos de cuenta, se ha podido definir que, los principales macro procesos operativos son cotizaciones, emisiones y administración de clientes (facturación).

Anexo A: Modelo de encuesta para realizar el mapeo de procesos.

Los seguros individuales y colectivos se realizan de distinta forma, por lo tanto, se ha considerado necesario dividirlos en tres macro procesos: proceso de cotizaciones, de emisiones y de facturación. De esta manera, se logrará un mejor estudio de cada uno de ellos.

Gráfico No.1: Macro procesos de la Organización



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

CAPITULO 5

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS ACTUALES

Según el análisis previo, Best Seguros está dividido en diferentes áreas principales, entre las que tenemos: Gerencia General, Subgerencia General e inclusive, Junta de Accionistas, definidos como macro procesos; Subgerencia Regional de Operaciones, Subgerencia Comercial y Subgerencia Técnica, consideradas como micro procesos; Salud, Indemnizaciones y Mercadeo Masivo, determinados como procesos operativos; y, el Departamento Administrativo (Contabilidad, Finanzas y Recursos Humanos), considerados como procesos de apoyo y de gestión, los mismos que tienen definidos sus procesos y actividades a realizar en la organización.

A partir de las entrevistas realizadas a los Subgerentes de Área, utilizando el método de investigación de observación y con el apoyo de la información recopilada en la Empresa, se ha procedido a la elaboración de un flujoograma para cada Departamento, el mismo que ilustra los macro y los micro procesos de las actividades principales que cumple cada Área en la actualidad; con ello, se consigue una visión global y didáctica de la Compañía.

De esta manera, se logrará identificar de manera más óptima, los procesos críticos, con el fin de implantar el "Plan de Mejoramiento de los Procesos Operativos de la Empresa Best Seguros S.A.". Se debe centrar la atención, especialmente, en el Área de Mercadeo Masivo, puesto que en ella, se realizan los procesos operativos de mayor importancia en la Compañía; emisión, facturación y cotización de todas las cuentas de la Empresa, las mismas que se encuentran distribuidas entre los Ejecutivos de Cuenta.

Según lo indicado anteriormente, se debe recalcar, que el método de flujogramas es el más preciso para la búsqueda que se desea emprender, ya que, permite comprender y visualizar de una forma más didáctica, los procesos llevados a cabo en la Empresa, logrando así, detectar los puntos críticos de los procesos, en los cuales, se deberá llevar a cabo cambios o mejoras para la optimización del funcionamiento de las actividades y de la gestión propia de la Empresa.

Esta investigación representa una base, sobre la cual, la Compañía, deberá tomar decisiones que permitan, posterior a la revisión de procesos y determinación de puntos críticos en los mismos, elaborar y poner en marcha un plan de reestructuración y reingeniería de los mismos, para lograr la optimización de todos los recursos, de manera, que se puedan cumplir con las expectativas planteadas en los inicios de la Empresa; logrando de esta manera, que Best Seguros se ubique como uno de los principales brokers del País.

Es importante que, previo al análisis y reestructuración de los procesos operativos, se conozca los objetivos, metas y planes de acciones de cada Área, en especial de la de Mercadeo Masivo.

5.1. Gestión de la Empresa: Planes de Acción y Actividades por Departamento

De acuerdo a las entrevistas realizadas y a la información recolectada en Best Seguros, se ha obtenido los planes de acción por Área, los mismos que se detallan a continuación.

Previo a este detalle, se debe indicar que la Subgerencia de Mercadeo Masivo tiene a su cargo la Subgerencia de Salud y la Administrativa; por lo cual, es la de mayor importancia por el nivel de carga y responsabilidad

que lleva; además, se encarga del manejo de pólizas individuales de vehículos y salud, así como también, de las actividades vitales para la Compañía, como son facturación, control y emisión de pólizas y certificados. Es decir, la mayor parte de actividades de este Departamento, son esenciales y generan un gran porcentaje de la gestión de la Organización.

Con respecto a lo indicado anteriormente, será notable que el presente estudio tomará mayor énfasis en este Departamento, ya que en él, se presentan la mayor parte de puntos críticos y es necesario su reingeniería y reestructuración para obtener un mejoramiento en sus procesos operativos de toda la Empresa.

5.1.1. Junta General de Accionistas

La Junta General de Accionistas desempeña las siguientes actividades:

“Convoca a reunión de Junta General de accionistas y desarrolla la orden día.

Nombra y supervisa al Directorio de la Empresa, así como a los principales funcionarios: Gerente General, Gerente Técnico y Gerente Administrativo.

Elabora políticas, procedimientos y reglamentos de la Empresa pues los Accionistas tienen mayor experiencia en el campo de la dirección empresarial y conocen la necesidad de establecer parámetros y límites dentro de los cuales se desarrollen las actividades y comportamientos del personal; para asegurar el direccionamiento de la Empresa hacia los objetivos planificados.

Conoce y aprueba los balances emitidos en informes de recomendaciones y Estados Financieros de Auditoría Interna, Externa y Gerencia General; para tomar decisiones con visión empresarial y obtener beneficios reflejados en utilidades líquidas o reinversión.

Comunica decisiones y resoluciones importantes a través del Acta de Junta.

Eleva a escritura pública lo determinado en Junta de Accionistas con nombramientos notarizados e inscritos en el respectivo registro.

Supervisa y controla las actividades de las Gerencias y más directamente la Gerencia General pues está a su cargo el trámite y gestión de la empresa.”²³

5.1.2. Gerencia General

La Gerencia General desempeña las siguientes actividades:

- ❖ “Planifica las reuniones con Subgerentes de Áreas y Sucursales, con el fin de recibir presupuestos e informes justificativos, para analizar si se cumplen los objetivos y metas departamentales y empresariales planificadas.
- ❖ Corrige, analiza errores y busca soluciones, en el caso que no se cumplan con los objetivos, metas y planes de acción.
- ❖ Recibe, revisa y aprueba o niega el presupuesto de la Empresa conjuntamente con Subgerencia General.

²³

ARCHIVO BEST SEGUROS S.A, *Planes de acción por departamento*, 2002, página 5.

- ❖ Autoriza los desembolsos de efectivo como son: pago proveedores, pago nómina, adquisiciones y gastos varios.
- ❖ Realiza el análisis financiero de la Compañía para presentar informe a Junta de Accionistas.
- ❖ Solicita créditos y autoriza inversiones con Instituciones Financieras.
- ❖ Realiza y coordina capacitación junto con Recursos Humanos para el personal nuevo y de planta.
- ❖ Elabora informes de la Empresa y Sucursales para presentar a Contraloría.
- ❖ Participa en reuniones de Junta de Accionistas.”²⁴

5.1.3. Subgerencia General

La Subgerencia General desempeña las siguientes actividades:

- ❖ “Apoya a Gerencia General en la toma de decisiones tanto administrativas como operacionales y revisión de informes de Subgerencias.
- ❖ Supervisa el cumplimiento de los objetivos operativos y corporativos planificados.
- ❖ Verifica los planes y paquetes propuestos por las Subgerencias de Mercadeo Masivo, Técnica y Comercial antes de ser lanzados al mercado en cuanto a factibilidad y éxito esperado.

²⁴

ARCHIVO BEST SEGUROS S.A, *Planes de acción por departamento*, 2002, página 6.

- ❖ Autoriza la ejecución de los nuevos paquetes, promociones, descuentos.
- ❖ Realiza las actividades correspondientes a Gerencia General durante su ausencia”.

5.1.4 Subgerencia Regional de Operaciones

La Subgerencia Regional de Operaciones desempeña las siguientes actividades:

- ❖ “Recibe y revisa los informes de actividades de cada Departamento, así como de las Sucursales.
- ❖ Planifica reuniones con Subgerencias Departamentales para conocer su gestión, planificar actividades y planes de acción en base a objetivos estratégicos.
- ❖ Se encarga directamente del manejo, control y supervisión de la gestión de las Sucursales.
- ❖ Realiza, controla y toma decisiones con respecto al análisis de las operaciones y gestión de la Compañía.
- ❖ Fortalece la imagen y presencia frente a los clientes y Aseguradoras.
- ❖ Establece estándares de servicio y control para cada Departamento.
- ❖ Controla continuamente la calidad del servicio al cliente en cada una de las Áreas de la Empresa.

- ❖ Verifica y controla las alianzas estratégicas entre Aseguradoras y Centros Médicos, Automotrices y demás.
- ❖ Asegura el cumplimiento de las disposiciones emitidas por Gerencia y Subgerencia General.
- ❖ Confirma el progreso y desarrollo de cada Sucursal por medio de visitas continuas.
- ❖ Promueve la expansión a otras ciudades importantes del Ecuador
- ❖ Responsabiliza a cada unidad operativa y Sucursales de su presupuesto para realizar seguimiento permanente.
- ❖ Elabora informes de resultados operacionales de sucursales y departamentos operativos para Subgerencia General.”²⁵

5.1.5. Subgerencia Comercial

La Subgerencia Comercial desempeña las siguientes actividades:

- ❖ “Con la colaboración de las Subgerencias, elabora y oferta nuevos paquetes con beneficios y descuentos atractivos, que tengan gran demanda en el mercado y que lleguen a representar una diferenciación / valor agregado, del producto o servicio que brinda la Compañía.
- ❖ Analiza permanentemente al mercado competidor con el fin de obtener información sobre tasas, promociones, beneficios y cualquier otro producto o servicio lanzados al mercado, que puedan representar una ventaja competitiva y, por lo tanto, una amenaza para la Empresa.

²⁵

ARCHIVO BEST SEGUROS S.A, *Planes de acción por departamento*, 2002, página 7.

- ❖ Diseña y ofrece nuevos productos y servicios que brinden un valor agregado a los clientes tanto individuales como colectivos para ganar más mercado en ramo de vehículos y salud.
- ❖ Consigue nuevas cuentas, ofreciendo paquetes de productos competitivos a través de visitas a clientes, telemarketing y envío de proformas.
- ❖ Negocia las comisiones con Aseguradoras, de acuerdo al volumen de clientes y a resultados.
- ❖ Renegocia la cartera de clientes para la renovación de sus contratos.
- ❖ Realiza acuerdos con Empresas del grupo para hacer ventas cruzadas.
- ❖ Obtiene acuerdos con Aseguradoras para intervenir en proceso comercial de fuerzas de ventas.
- ❖ Analiza el mercado de seguros local e internacional, para ofrecer las mejores alternativas a las Empresas y demás clientes.
- ❖ Realiza el seguimiento de cuentas y firmas de nuevos contratos en pólizas ramos general.”²⁶

5.1.6. Subgerencia Técnica

La Subgerencia Técnica desempeña las siguientes actividades:

- ❖ “Negocia los productos y servicios, exclusivamente en paquetes colectivos tanto de vehículos como de salud.

²⁶

Entrevista a empleados del departamento de la empresa Best Seguros S.A.

- ❖ Desarrolla procesos comerciales y operativos eficaces.
- ❖ Planifica y elabora junto con la Subgerencia Comercial, los paquetes para beneficio tanto de empresa como del cliente en pólizas colectivas
- ❖ Realiza seguimiento de pólizas colectivas (salud y vehículos) y firma de nuevos contratos.²⁷

5.1.7. Subgerencia de Indemnizaciones

La Subgerencia de Indemnizaciones desempeña las siguientes actividades:

- ❖ “Realiza acuerdos con las Aseguradoras para agilizar trámites de siniestros.
- ❖ Dirige y controla línea 1-800.
- ❖ Analiza y verifica que la documentación para las indemnizaciones esté completa para evitar molestias a los clientes, de lo contrario, se retrasaría el pago.
- ❖ Tramita y liquida los reclamos junto con las Aseguradoras de acuerdo a cada caso.
- ❖ Explica al cliente los distintos casos de cobertura de siniestros y las objeciones en pagos de los mismos.
- ❖ Ingresa al sistema todos los reclamos para archivo / base de datos de la Empresa.

²⁷

Entrevista a empleados del departamento de la empresa Best Seguros S.A

- ❖ Hace cumplir a la Aseguradora en cuanto a los tiempos de pago, beneficios, descuentos y aranceles que ofrecen a sus clientes.
- ❖ Recibe capacitación de las Compañías de Seguros sobre el producto comercializado.
- ❖ Asegura la calidad en todo el servicio de indemnizaciones con respecto a montos devueltos y tiempo.
- ❖ Supervisa y controla que el servicio que prestan los proveedores de las Aseguradoras, cumpla con los estándares de calidad ofrecidos a nuestros clientes.”²⁸

5.1.8 Subgerencia de Salud

La Subgerencia de Salud desempeña las siguientes actividades:

- ❖ “Verifica todos los reclamos que ingresan se encuentren en orden y completos.
- ❖ Ingresa al sistema y entrega a la Aseguradora, la información lista para su liquidación.
- ❖ Recibe de la Aseguradora el informe de auditoría médica con la documentación de cada caso, autorización de monto a pagar en base a aranceles, costos, beneficios y descuentos de los centros médicos en convenio y cheque.
- ❖ Presiona a la Aseguradora al cumplimiento en cuanto a los tiempos de pago, beneficios, descuentos y aranceles que ofrecen a sus clientes.

²⁸

Entrevista a empleados del departamento de la empresa Best Seguros S.A y otros brokers

- ❖ Recibe capacitación de las Compañías de Seguros sobre el producto comercializado.
- ❖ Asegura la calidad en todo el servicio de indemnizaciones, con respecto a montos devueltos y tiempo.
- ❖ Promueve y exige servicio de calidad, a los clientes, por medio de los centros médicos con los cuales mantienen convenios las Aseguradoras.
- ❖ Elabora junto con el Departamento Financiero el presupuesto para cada Departamento y, en general, para toda la Empresa.
- ❖ Revisa y aprueba el presupuesto departamental, en base a estudios técnicos analizados, aceptados tomando en cuenta, las resoluciones de la Superintendencia de Bancos y Junta de Accionistas.
- ❖ Envía presupuesto a Gerencia General para ser discutido y aprobado en Junta General de Accionistas.
- ❖ Realiza gestión en Área Administrativa, basada en análisis costo / beneficio.
- ❖ Baja el día promedio de cartera.
- ❖ Revisa en el sistema y envía los estados de cuenta de clientes, tanto de pólizas vencidas como de actuales.
- ❖ Elabora y pone en práctica sistemas de cobro a clientes.
- ❖ Elabora y actualiza la contabilidad y facturación de la Organización.

- ❖ Entrega informes contables y de gestión claros y reales a Contraloría.
- ❖ Reestructura organigrama funcional.
- ❖ Selecciona nuevo personal idóneo para la Empresa mediante técnicas actuales y eficientes de selección.
- ❖ Capacita al nuevo personal y continúa con el programa de capacitación y actualización del personal ya existente.
- ❖ Supervisa y controla a todo el personal.
- ❖ Desarrolla e implementa esquema de sueldo variable.
- ❖ Desarrolla plan de carrera para ejecutivos, con escala salarial de acuerdo al mercado.
- ❖ Optimiza el uso de papelería y de comunicaciones.”²⁹

5.1.9 Departamento de Contabilidad

El Departamento de Contabilidad desempeña las siguientes actividades:

- ❖ “Registra y controla pagos de nómina y envía a Recursos Humanos para correspondiente entrega a personal.
- ❖ Analiza y recibe documentos contables para su respectiva codificación.
- ❖ Registra y supervisa las operaciones financieras de la Compañía.

²⁹

Entrevista a empleados del departamento de la empresa Best Seguros S.A y otros brokers

- ❖ Paga impuestos de Ley.
- ❖ Revisa y contabiliza ingresos y egresos varios, en base al giro del negocio.
- ❖ Colabora con información para auditores externos en revisiones anuales o casos especiales.
- ❖ Cobra primas de inversiones y comisiones.
- ❖ Retiene cheques para tramitar retenciones de Ley, antes de la entrega al cliente o proveedor.”³⁰

5.1.10 Subgerencia de Mercadeo Masivo

Como ya se ha indicado en ocasiones anteriores, este Departamento es la fuente principal de crecimiento de la Empresa, por lo cual, siempre debe estar encaminado a la eficiencia en sus tareas, para garantizar la generación de la rentabilidad esperada.

Mercadeo Masivo es un equipo de trabajo que busca un constante mejoramiento en los procesos realizados y productos que ofrecen, para ser reconocidos en el mercado asegurador, por lo que, el equipo debe estar convencido que una cultura de excelencia en servicio, afianzará la alianza con los clientes y Aseguradoras.

El grupo de personas que conforman el Departamento es responsable de transmitir la imagen de Best Seguros S.A., a los clientes, ya que, atienden sus requerimientos, ofreciéndoles pólizas individuales, colectivas y programas masivos que satisfagan sus necesidades, además de garantizarles una indemnización con rapidez y agilidad.

³⁰

ARCHIVO BEST SEGUROS S.A., *Planes de acción por departamento, 2002*, página 9.

Los planes de acción de este Departamento son:

- ❖ “Brindar un servicio personalizado y especial a los clientes corporativos, sin dejar a un lado al resto de clientes.
- ❖ Prestar un excelente servicio según estándares definidos.
- ❖ Lanzar nuevos paquetes de pólizas individuales de vehículos y salud con descuentos, beneficios, y valores agregados con el fin de captar nuevos clientes.
- ❖ Desarrollar procesos de mercadeo y operativos eficaces
- ❖ Analizar los procesos de mercadeo operacionales, para mejorarlos y volverlos más eficientes mediante una reingeniería de los mismos.
- ❖ Establecer estándares de servicio y control para cada uno de los procesos
- ❖ Elaborar estadísticas de calidad del servicio.
- ❖ Mercadear nuevos productos, a bases de datos existentes, vía electrónica o telemarketing.
- ❖ Ofertar nuevos productos y coberturas necesarias para lograr crecimiento de las ventas individuales.
- ❖ Estructurar el servicio post-venta.
- ❖ Brindar apoyo a la gestión de las demás Subgerencias, con respecto a la comercialización de los productos (pólizas individuales-colectivas de

salud y vehículos); y, cobranzas mediante su división interna de tele-mercadeo.

- ❖ Manejar y controlar la emisión, facturación y cotización de pólizas y certificados de vehículos y salud tanto individuales como colectivos.”³¹

Los clientes corporativos son el eje de la Organización, por lo cual, su manejo y servicio ha sido confiado en su totalidad al Departamento de Mercadeo Masivo. Esto quiere decir que dicho departamento centra sus funciones en atender, manejar y servir de manera personalizada a tan representativo grupo.

Se debe anotar también que este Departamento no solo se encarga de llevar las cuentas corporativas, a pesar que son las más representativas; sino que, tiene a su cargo además, la comercialización de cuentas de pólizas individuales de vehículos y salud con descuentos, beneficios, y valores agregados con el fin de captar nuevos clientes.

Al analizar la visión, misión, objetivos y planes de acción del Departamento, se observa el énfasis que tiene éste para crear una cultura de calidad en el servicio, basado en la realización de procesos eficientes y estándares que generen competitividad en el mercado y, además, satisfacción total de los clientes; para conseguir esta excelencia en la calidad, se debe mejorar los procesos igual que los tiempos, subiendo de esta manera los estándares de servicio. Es importante también capacitar al personal que está directamente encargado de cumplir con estos procesos, los Ejecutivos de Cuenta.

5.2. Flujogramas de Procesos de las Subgerencias Operativas

³¹

ARCHIVO BEST SEGUROS S.A, *Plan Estratégico de Mercadeo*, 2004, página 15

En Best Seguros S.A., el manejo y gestión operativa de toda la Empresa, se centra en tres Subgerencias: Indemnizaciones, Salud y Mercadeo Masivo.

La presente investigación tiene como objetivo principal, el mejoramiento de los procesos operativos más relevantes dentro del giro del negocio de este importante broker. Por lo tanto, el análisis a realizarse, tomará mayor énfasis en los procesos de cotización, emisión, renovación y facturación tanto de pólizas individuales como colectivas de vehículos y salud.

Es importante mencionar que son estos cuatro procesos los que presentan cuellos de botella (demoras, falta de seguimiento de procesos, entre otros); que no permiten desarrollar la gestión adecuadamente y responder a las necesidades de los clientes.

Siendo Mercadeo Masivo, la Subgerencia con mayor responsabilidad de la gestión operativa de la Empresa y encargado de las cuentas más representativas (corporativas); desarrolla también estos cuatro procesos críticos, por lo cual, se ha diseñado esquemas por el método de flujogramas para un mejor entendimiento de su problemática.

Así mismo, se considera necesario, analizar la gestión de la Subgerencia de Salud e indemnizaciones, ya que también existen puntos críticos, que traen como consecuencia demoras y retraso en el pago o liquidación de indemnizaciones.

“Diagramas de flujo son las representaciones gráficas de las actividades que conforman un proceso, donde muestran claramente las actividades o

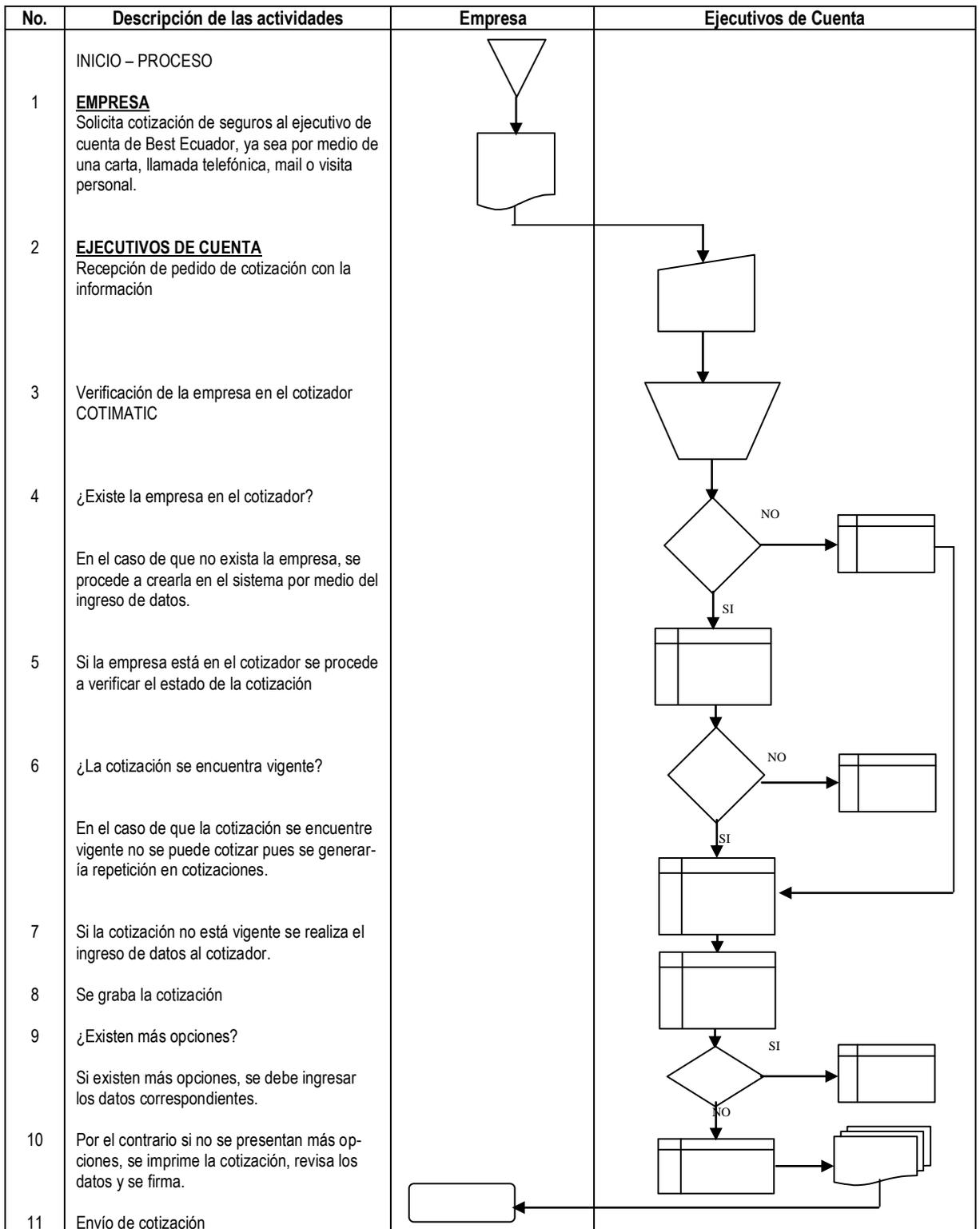
áreas en las cuales se podrían producir cuellos de botella o improductividades".³²

Los diagramas de flujo que se presentan a continuación, permitirán al lector, identificar los puntos críticos de los procesos de análisis: indemnización de vehículos y de salud; y, Mercadeo Masivo con sus procesos: emisión, cotización, facturación y cancelación de pólizas, tanto individuales como colectivas, en los ramos de salud y vehículos.

5.2.1. Flujogramas de Procesos

³² NORTON – KAPLAN, *Como utilizar el cuadro de Mando Integral*, Gestión 2000, Barcelona – España, 2001, página 79.

Gráfico No.2: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual)
Proceso de: Mercadeo Masivo
Sub Proceso de: Cotizaciones de Seguros Colectivos (C1)



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

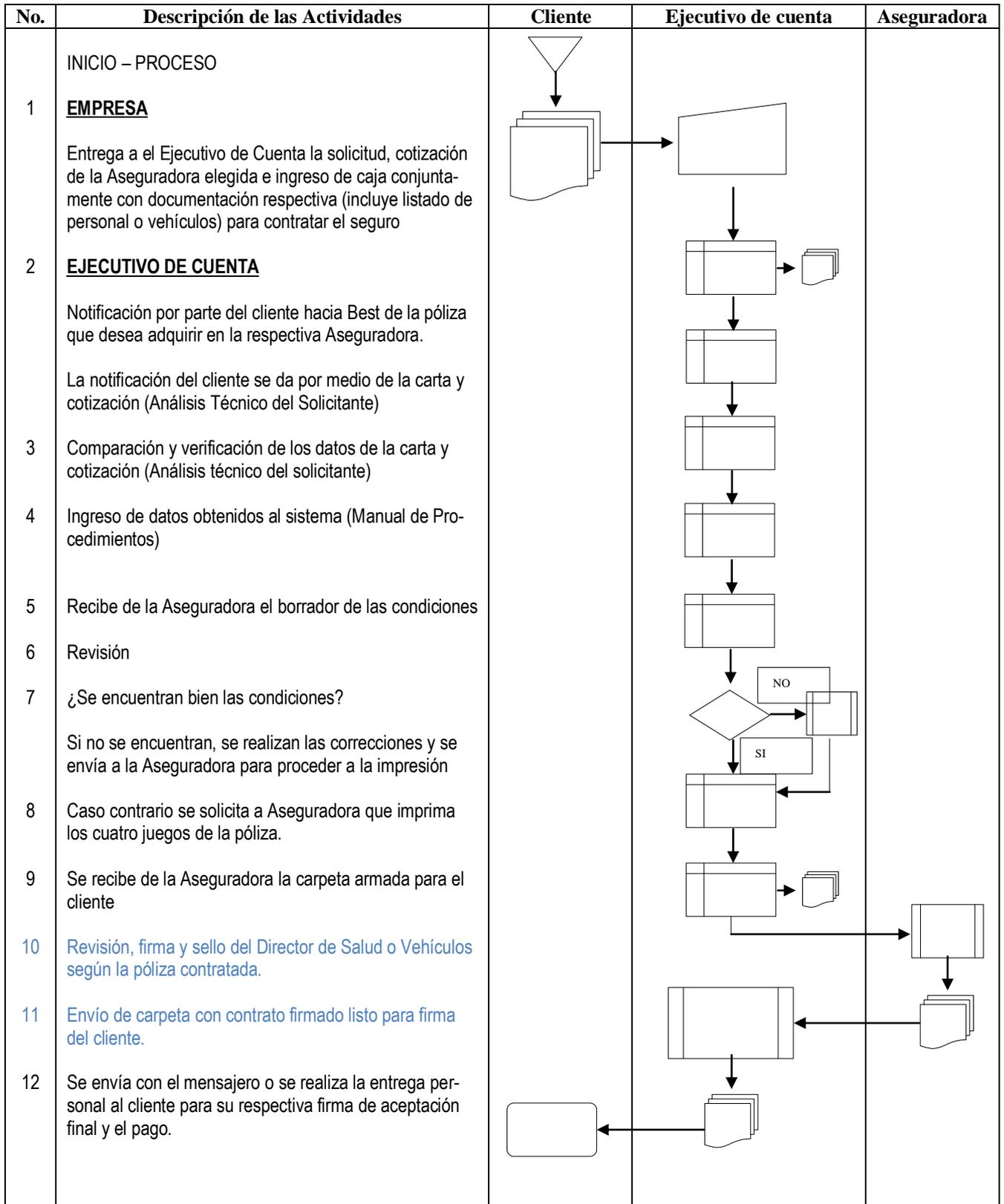
Tabla No.7: Cotizaciones Seguros Colectivos Clientes Nuevos

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Colectivos
Nombre del Proceso: Cotización
Subproceso: Cotizaciones Clientes Nuevos (C1)

ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
1	Recepción de la solicitud para cotización	Necesidad de las empresas o grupos de personas de adquirir un seguro debido a la mayor cantidad de beneficios y descuentos por paquetes colectivos	Se realiza una vez que el cliente (empresa) lo solicita mediante visita personal, fax, mail o teléfono.	Cliente y Ejecutivo de cuenta	Recepción de información por parte del ejecutivo de cuenta	Fax, Internet, teléfono	Ejecutivos no recopilan la información completa de la empresa para realizar la cotización y en muchos casos se realizan cotizaciones falsas por falta de datos reales. La información que se dé sobre la empresa (vehículos o personas) debe ser real ya que en caso de contratar el seguro, esto será base para realizar pago de siniestros.
2	Verificación de la empresa a cotizar en el cotizador (COTIMATIC)	Existen varias solicitudes de cotización por diferentes brokers	Cada vez que se ingrese una cotización	Ejecutiva de cuenta	Se ingresa el nombre de la empresa y se observa si existen cotizaciones pendientes	COTIMATIC, cotizador colectivo	No funciona correctamente el sistema. Los ejecutivos de cuenta ingresan con varios nombres a una sola empresa generando repetición en cotizaciones. Las empresas no dan toda la información. Si existen cotizaciones pendientes no se debe cotizar a menos que se tenga una carta de autorización de la empresa
3	Ingresar los datos e información al cotizador	Para obtener el resultado automático de prima a pagar según la información ingresada.	Se realiza una vez que se ha creado la empresa en el cotizador o se ha descartado otra cotización para el mismo cliente	Ejecutiva de cuenta	Se ingresa el nombre de la empresa, número de personas, riesgos, montos, descuentos, servicios adicionales, condiciones especiales	COTIMATIC Cotizador colectivo. Tabla de tasas para vida y accidentes personales Tabla de ingresos	No se representa políticas de la empresa como son deducibles mínimos a facturar, reaseguros
4	Grabar la cotización y enviar al cliente	Para tener el número de cotización que servirá de referencia para realizar seguimiento	Se realiza una vez que han ingresado todas las opciones y condiciones especiales que el cliente solicito	Ejecutivo de cuenta	Se graba la cotización automáticamente y se imprime	COTIMATIC cotizador colectivo, Fax, Internet, carta	No se realiza seguimiento a las cotizaciones No se utiliza correctamente el COTIMATIC (cotizador) Se requiere de un manual que contenga las tablas de tasas y riesgos, montos para reaseguros, requisitos de asegurabilidad en casos especiales.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Gráfico No.3: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual)
Proceso de: Mercadeo Masivo
Sub Proceso de: Emisión de Seguros Colectivos (C3)



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.8: Emisión Seguros Colectivos Clientes Nuevos

Departamento:
Ramo:

Mercadeo Masivo
Seguros Colectivos

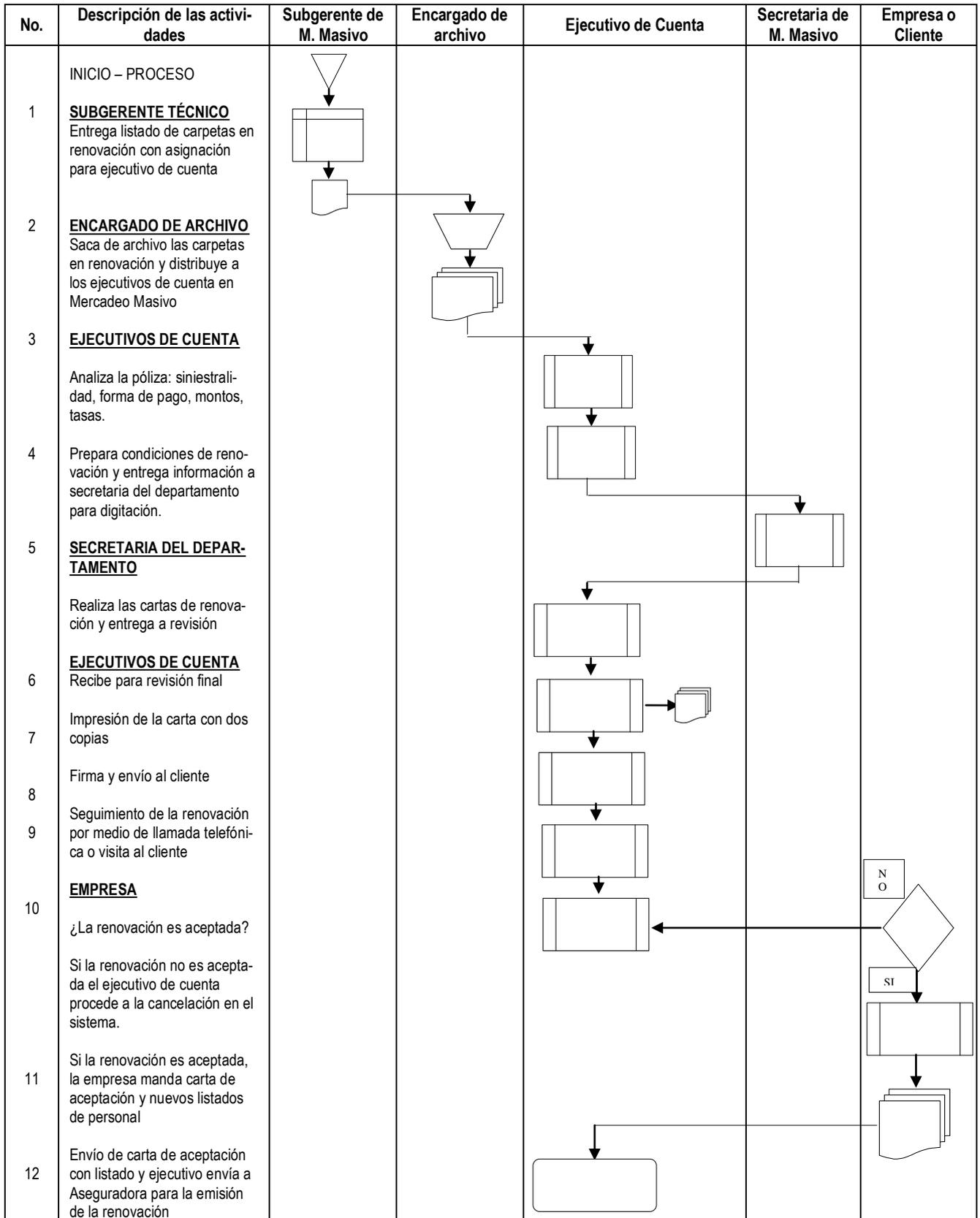
Nombre del Proceso:
Subproceso:

Emisión
Póliza Clientes Nuevos (C3)

ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
1	Notificación de la empresa	Para comunicar a la Aseguradora que el cliente tomó el seguro	Cuando el cliente confirma la opción que va a contratar (Número de cotización y número de opción)	Ejecutivo de Cuenta de Best y cliente	Best envía una carta al ejecutivo de cuenta de la Aseguradora junto con la solicitud firmado por el representante legal de la empresa cliente, los datos de la empresa conjuntamente con el listado del personal a ser incluido en la póliza	Carta, Mail y fax	El ejecutivo de cuenta no envía los datos completos de la empresa. No se envía el listado del personal. En el caso de pólizas de desgrávame, se factura a mes vencido por lo que no se envía el listado o saldo a facturar.
2	Ingreso de los datos al sistema para la emisión	Para emitir la póliza	En el momento que se recibe la información completa.	Ejecutivo de cuenta de Best	Se crea el contratante en el sistema. Se crea el producto de acuerdo a las coberturas escogidas. Se crea el endoso de emisión conjuntamente se llena una hoja de control de emisión	Sistema (SI-SE) Hoja de control de emisión	No se tiene un manual del sistema, en muchos casos cada ejecutivo realiza de forma diferente la emisión. La hoja de control de emisión no se llena correctamente
3	Recepción de condiciones en borrador impresas por la Aseguradora	Para que sean revisadas por el Subgerente Técnico y cliente	El momento que se grabe la solicitud y se reciba el informe del Subgerente Técnico	Ejecutivo de cuenta, Subgerente Técnico y Aseguradora	Se reciben las impresiones con las condiciones de acuerdo al ramo, coberturas, montos, tasas y cláusulas y se presentan para su revisión.	Sistema (SI-SE)	Se tienen condiciones precatalogadas que no están actualizadas, a realizar esta tarea, se pierde tiempo en la revisión y aceptación por parte del Subgerente Técnico. No están autorizadas algunas cláusulas y no se incluye (formato estándar) los servicios adicionales que se otorga.
4	Revisión y corrección de las condiciones de la póliza	Para enviar las cotizaciones en forma correcta al cliente.	Antes de enviar el original y armar la póliza	Ejecutivo de cuenta, Subgte. Técnico y cliente	Se entrega al Subgerente Técnico y luego al cliente las condiciones en borrador con la hoja de control de emisión y la cotización.	n/a	Existen varios errores en las condiciones que deben ser revisadas antes de su entrega al cliente.
5	Recepción de pólizas y armado de carpeta para el cliente	Para entregar la carpeta con los anexos correspondientes según el orden que debe llevar la póliza	Antes de entregar al cliente	Ejecutivo de cuenta y Aseguradora	Aseguradora imprime 4 juegos de las condiciones, Best arma la carpeta del cliente con los anexos. Los tres juegos restantes son para el ejecutivo como archivo y devolver firmado en señal de aceptación	Sistema (SI-SE) y anexos preimpresos	No existe un orden específico para armar la carpeta que contiene la póliza
6	Entrega al cliente	Para dejar constancia en forma escrita del seguro que está contratando y mantener el acuerdo ambas partes	Se realiza la entrega una vez revisado, firmado y sellado por el Director asignado según el tipo de póliza.	Ejecutivo de cuenta, Director, Mensajero y cliente	Se envía con el mensajero o se realiza la entrega personalmente al cliente	n/a	No existe una política en la cual se entregue mediante una carta de introducción o bienvenida al cliente. Se deje la póliza para que se entregue y no existe un seguimiento de la copia que debe ser devuelta por el cliente, firmada como aceptación de las condiciones.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Gráfico No.4: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual)
Proceso de: Mercadeo Masivo
Sub Proceso de: Renovaciones de Seguros Colectivos (C2)



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.9: Renovaciones de Seguros Colectivos

Departamento:
Ramo:
(C2)

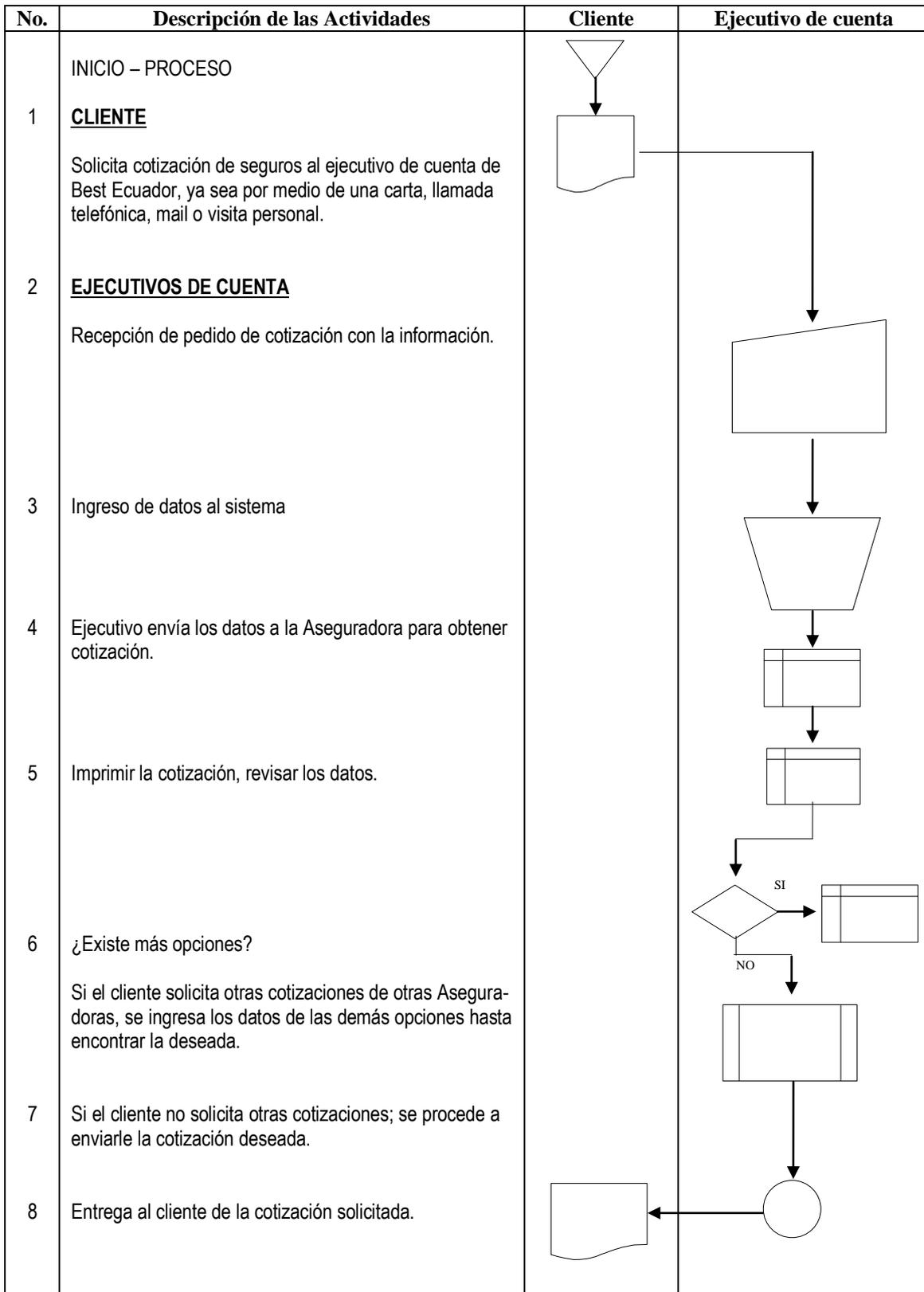
Mercadeo Masivo
Seguros Colectivos

Nombre del Proceso: Cotización
Subproceso: Renovaciones Clientes Antiguos

ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
1	Entrega de carpetas en renovación	Para que el ejecutivo encargado de la cuenta informe a sus clientes a través de una carta de renovación con las nuevas condiciones y nuevas propuestas de los contratos	Dos meses antes de la renovación	Subgerente Técnico, Ejecutivo de cuenta de Best y encargado de archivo	El subgerente técnico entrega un listado al encargado de archivo (incluido la distribución a cada ejecutivo de cuenta) para que él saque de archivo todas las carpetas en renovación y las distribuya a cada ejecutivo de cuenta en Mercadeo Masivo.	Sistema (SISE)	En varios casos todo el proceso de entrega de carpetas de renovación tarda en iniciarse, no comienza con los dos meses de anticipación mínimos necesarios, por lo tanto, se da un retraso general en las renovación, trayendo como consecuencia el vencimiento de pólizas sin el debido conocimiento de los clientes creando a su vez malestar al no cubrir siniestros por pólizas vencidas.
2	Análisis de la póliza a renovar	El ejecutivo analiza las condiciones actuales, siniestrabilidad, montos, tasas, para proponer nuevas condiciones y montos en la renovación.	La primera semana de cada mes.	Ejecutivo de cuenta de Best	Se imprime un reporte de siniestros (historial de por lo menos dos años atrás) en caso de haber siniestro se compara primas recibidas contra pagos, y se realiza un análisis para incremento en montos. Depende de los montos y formas de pago, se debe ajustar a las políticas de la empresa que es el mínimo a facturar.	Sistema (SISE)	En muchos casos no se realiza un análisis profundo de los siniestros, causas y número de casos. A su vez, no existe un formato que permita realizar de forma correcta el incremento en tasa debido a siniestros.
4	Grabar la cotización y enviar al cliente	Para tener el número de cotización que servirá de referencia para realizar seguimiento	Se realiza una vez que han ingresado todas las opciones y condiciones especiales que el cliente solicito	Ejecutivo de cuenta y Aseguradora	Se graba la cotización automáticamente y se imprime. Si el cliente acepta la cotización, la Aseguradora emite la nueva póliza	COTIMATIC cotizador colectivo, Fax, Internet, carta	No se realiza seguimiento a las cotizaciones No se utiliza correctamente el COTIMATIC (cotizador) Se requiere de un manual que contenga las tablas de tasas y riesgos, montos para reaseguros, requisitos de asegurabilidad en casos especiales.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Gráfico No.5: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual)
Proceso de: Mercadeo Masivo
Sub Proceso de: Cotizaciones de Seguros Individuales (I1)



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

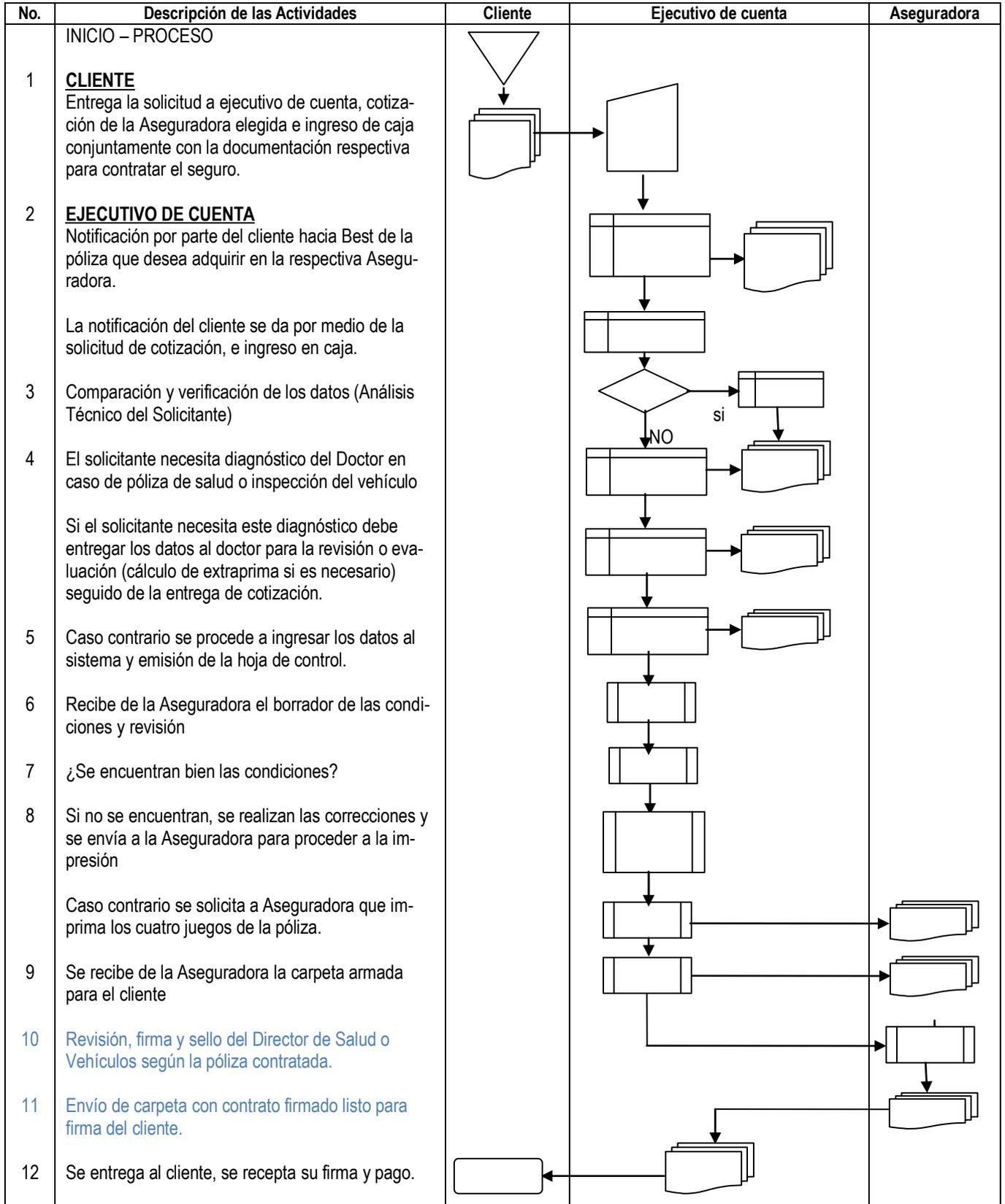
Tabla No.10: Cotizaciones Seguros Individuales Clientes Nuevos

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Individuales
Nombre del Proceso: Cotización
Subproceso: Cotizaciones Clientes Nuevos (I1)

ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
1	Recepción de la solicitud para cotización	Necesidad del cliente de obtener un seguro, por lo tanto compara precios de Aseguradoras y de brokers. Los ejecutivos de cuenta disponen del cotizador pero en muchas ocasiones la conexión del Internet tiene muchas demoras y no disponen de un cotizador local de cada Aseguradora	Se realiza una vez que el cliente lo solicita mediante visita personal, fax, carta, mail o teléfono.	Cliente y Ejecutivo de Cuenta	Recepción de información por parte del Ejecutivo de Cuenta	Fax, Internet, Teléfono	Ejecutivos no recopilan la información completa del asegurado para realizar la cotización y en muchos casos se realizan cotizaciones falsas en base a edades promedio. La información que se da sobre el candidato debe ser real ya que en caso de contratar el seguro, esto será base para realizar pago de siniestros.
2	Ingresar los datos e información en el sistema	Para obtener el resultado automático de prima a pagar según la información ingresada.	Se realiza una vez que se ha creado el candidato en el cotizador	Ejecutivos de cuenta	Se ingresa el nombre del candidato, edad, condición, riesgos, montos y coberturas	Páginas web de las distintas Aseguradoras de convenio	No respetan políticas de la empresa y de las Aseguradoras como son deducibles, mínimos a facturar, aranceles. No se ingresan los datos reales del candidato.
3	Grabar la cotización y enviar al cliente	Para tener el número de cotización que servirá de referencia para realizar seguimiento.	Se realiza una vez que se han ingresado todas las opciones que el cliente solicitó	Ejecutivos de cuenta	Se graba la cotización automáticamente y se imprime	Páginas web, fax, mail o carta.	No se realiza seguimiento a las cotizaciones No se utiliza páginas web adecuadamente. Se da uso al cotizador antiguo que no tiene tasas no proyecciones actualizadas y se requiere de una guía que contenga las tablas de tasas y riesgos y requisitos de asegurabilidad en casos especiales

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Gráfico No.6: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual)
Proceso de: Mercadeo Masivo
Sub Proceso de: Emisiones de Seguros Individuales (I3)



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

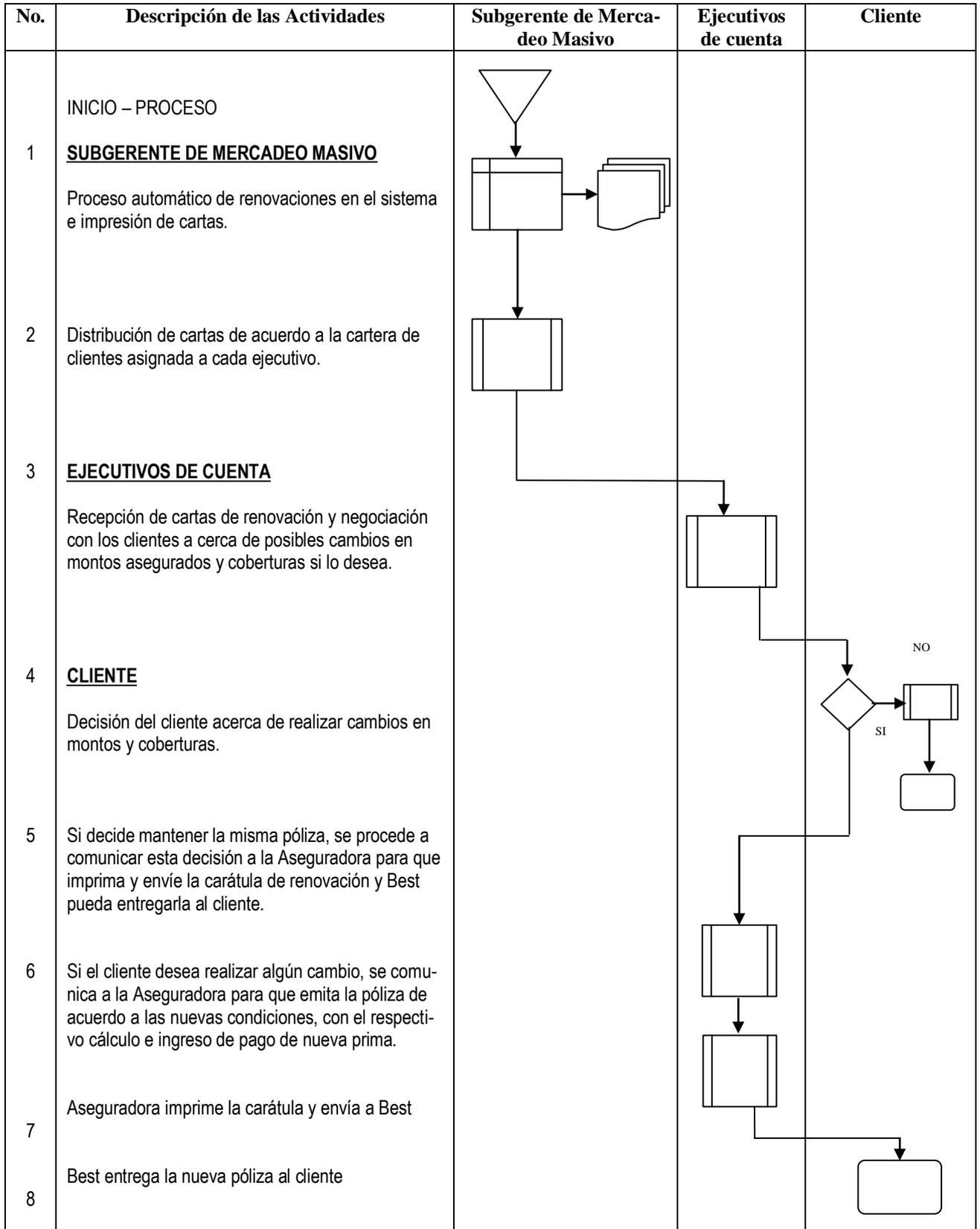
Tabla No.11: Cotización Seguros Individuales Clientes Nuevos

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Individuales
Nombre del Proceso: Cotización
Subproceso: Pólizas Clientes Nuevos (I3)

ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
1	Notificación del cliente	Para comunicar a la Aseguradora que el cliente tomó el seguro	Cuando el cliente confirma la opción que va a contratar (Número de cotización) y entrega todos los documentos para realizar la emisión de la póliza	Ejecutivo de cuenta de Best y cliente	Best envía una carta al ejecutivo de cuenta de la Aseguradora conjuntamente con la solicitud firmado por el cliente, el recibo emitido por cobranzas, la cotización y el débito	Carta	El ejecutivo de cuenta no envía los datos completos de la persona. En el caso de pago directo debería realizarse solamente en pago anual o semestral. Caso contrario debería haber un débito bancario.
2	Análisis Técnico de la solicitud para la emisión	Para emitir la póliza	En el momento en que se recibe la información completa	Ejecutivo de cuenta de Best	Se crea el contrato en el sistema. Se emite una solicitud con coberturas y montos en la que se aplica el pago ingresado. Se compara la cotización con los datos y se analiza riesgo actividad, enfermedades, condiciones, tanto de la persona como del auto	Sistema (SISE) Hoja de control de emisión	No se tiene manual del sistema, en muchos casos cada ejecutivo realiza de forma diferente la emisión. La hoja de control de emisión no se llena correctamente. Dependiendo de los montos y edad, se debe realizar exámenes médicos, los mismos que no tienen un buen control para la recepción de la información, se tarda y representa una demora para la emisión. Igual en autos.
3	Revisión médica de exámenes de asegurados o revisión de vehículo	Para que sean revisadas por el Doctor de planta o Inspector de vehículos de la Aseguradora	El momento que se grabe la solicitud y se recibe el diagnóstico que fue realizado.	Ejecutivo de cuenta, Doctor o Inspector.	Se envía el diagnóstico de los exámenes conjuntamente con la solicitud del Doctor o Inspector para que sea calificado en caso de aumentar extraprima por alguna razón. Se debe volver a cotizar con este incremento porcentual.	Sistema (SISE) Cotizador página web	En algunos casos existe demora en la calificación de cada caso para determinar si hay extraprima y pasar el informe con el incremento porcentual, por lo tanto representa demora para la emisión.
4	Emisión de Póliza	Para enviar al cliente	Después de aplicar el pago en cobranzas y realizar los análisis	Ejecutivo de cuenta	Una vez aplicado el pago a la solicitud, la Aseguradora emite los cuatro juegos de la póliza	Sistema (SISE)	
5	Impresión y armado de carpeta para cliente	Para entregar la carpeta con los anexos correspondientes según el orden que debe llevar la póliza	Aseguradora debe entregar carpeta con documentos de cliente y póliza	Ejecutivo de cuenta	Se arma la carpeta con un juego de la póliza y los anexos respectivos. Los tres juegos restantes son para el ejecutivo como archivo y devolver firmado en señal de aceptación	Sistema (SISE) Anexos preimpresos	No existe un orden específico para armar la póliza
6	Entrega al cliente	Para dejar constancia en forma escrita del seguro que está contratando y mantener el acuerdo ambas partes	Se realiza la entrega una vez que la Aseguradora envíe el contrato firmado	Ejecutivo de cuenta Jefe Operativo Aseguradora	Se envía con el mensajero o se realiza la entrega personalmente al cliente y se receipta el pago.	n/a	No existe una política en la cual se entregue mediante una carta de introducción o bienvenida al cliente. Se deja la póliza para que se entregue y no existe un seguimiento de la copia que debe ser devuelta por el cliente, firmada como aceptación de las condiciones.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Gráfico No.7: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual)
Proceso de: Mercadeo Masivo
Sub Proceso de: Renovaciones de Seguros Individuales (I2)



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

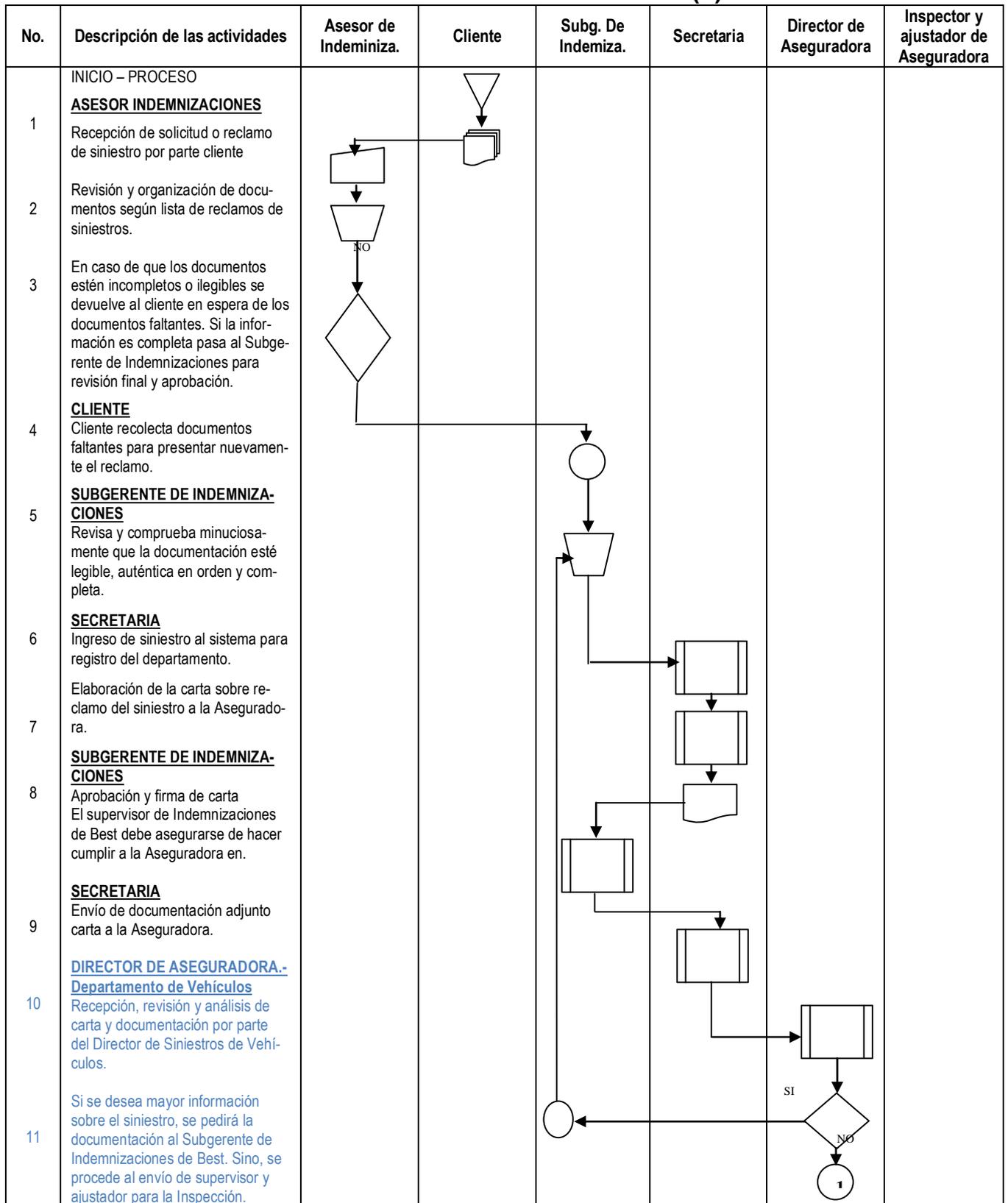
Tabla No.12: Renovaciones Seguros Individuales

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Individuales
Nombre del Proceso: Cotización
Subproceso: Cotizaciones Antiguos – Renovaciones (I2)

ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
1	Entrega de cartas de renovación a los clientes por parte de los ejecutivos de cuenta	Para que el ejecutivo encargado de la cuenta informe a sus clientes sobre las nuevas condiciones de renovación de los contratos.	Dos meses antes de la renovación	El ejecutivo de cuenta de Best	El Subgerente de mercadeo masivo realiza las cartas de renovación y las distribuye según la cartera de clientes asignada a cada ejecutivo de cuenta	Sistema (SISE)	No existe un control ni seguimiento para renovaciones de pólizas individuales, esto conlleva a que el 80% en variación negativa del presupuesto se debe a causa de falta de renovaciones en cuentas individuales.
2	Cambio de montos y coberturas	El ejecutivo recibe por parte del cliente el documento de aumento de montos y coberturas en la renovación si decidió realizar estos cambios	Se debe realizar antes de cierre de comisiones que se realiza una semana antes del cierre del mes	Ejecutivo de cuenta de Best, Aseguradora y cliente	Se modifica la solicitud en el Sistema, ingresando los nuevos montos y coberturas. La Aseguradora emite la póliza con las nuevas condiciones, realiza el cálculo e ingreso de nueva prima.	Sistema (SISE)	Los Ejecutivos de cuenta realizan cambios de montos en pólizas en periodo que no están en renovación es por tal motivo que cancelan la póliza vigente y emiten una póliza nueva prorrateando la comisión, ya que el sistema no permite el ingreso de un monto nuevo en una póliza que no esté en periodo de renovación. Algunos ejecutivos no realizan el seguimiento de las cuentas, razón por la cual no existe el incremento presupuestado. No existen políticas que mejoren el recaudo de primas, el 90% de los casos a que las pólizas que no se renuevan es debido a que son PAGOS DIRECTOS, es decir que el cliente debe acercarse a pagar. No se realizan correctamente los cambios de comisiones en las renovaciones en caso de aumentar montos.
3	Entrega carátula y recepción de pago de prima sin cambios	Para renovar la póliza, entregar la carátula y el recibo de pago al cliente	Cada vez que el ejecutivo tenga nuevos ingresos	Ejecutivo de cuenta, Aseguradora y cliente	El Ejecutivo entrega al cliente la carátula y receipta el pago; lo entrega en el Departamento de Cobranzas de la Aseguradora y recibe un recibo de caja que deberá entregarlo al cliente	Sistema (SISE)	No se realiza seguimiento de renovaciones pendientes cuando existe conducto bancario, el ejecutivo no realiza un seguimiento para aumentar montos.
4	Entrega carátula y recepción de pago de prima sin cambios	Para renovar la póliza, entregar la carátula y el recibo de pago al cliente	Cuando el cliente ha cambiado las condiciones en la renovación	Ejecutivo de cuenta, Aseguradora y cliente	Una vez que se proceda a realizar el cierre de comisiones, se deberá proceder de igual manera que si la póliza no hubiera sufrido ningún cambio (paso 3).	Sistema (SISE)	Existe pérdida de tiempo al esperar hasta el cierre de comisiones para imprimir una nueva carátula. En el momento de cierre de comisiones no se realiza una inspección sobre pólizas en solicitud que se quedaron pendientes.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Gráfico No.8: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual)
Proceso de: Indemnización de Vehículos (V)



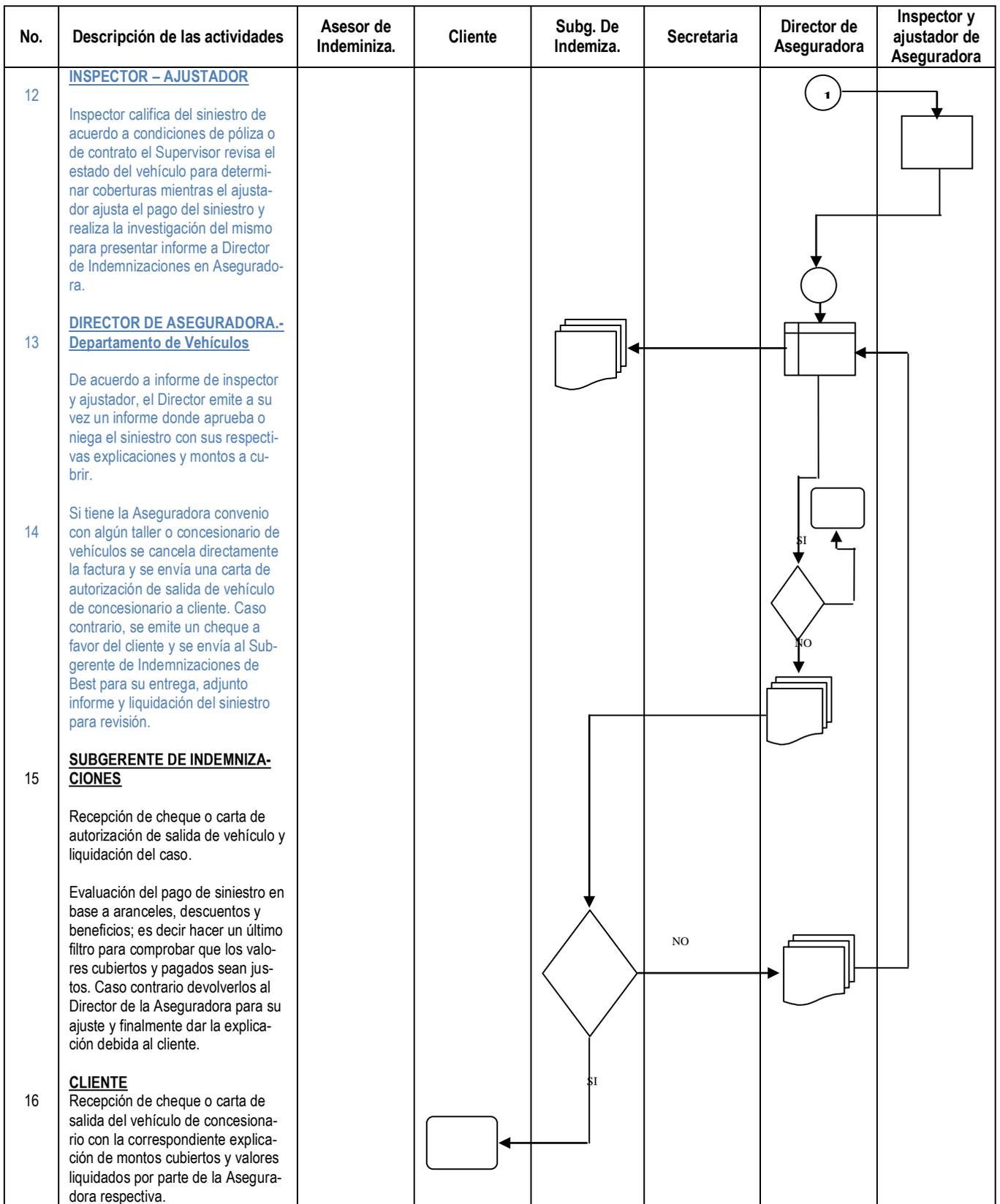


Tabla No.13: Indemnización de Pólizas Individuales y Colectivas de Vehículos

Departamento: Indemnizaciones
Ramo: Vehículos
Nombre del Proceso: Indemnización (V)
Subproceso: Pólizas Individuales y Colectivas.

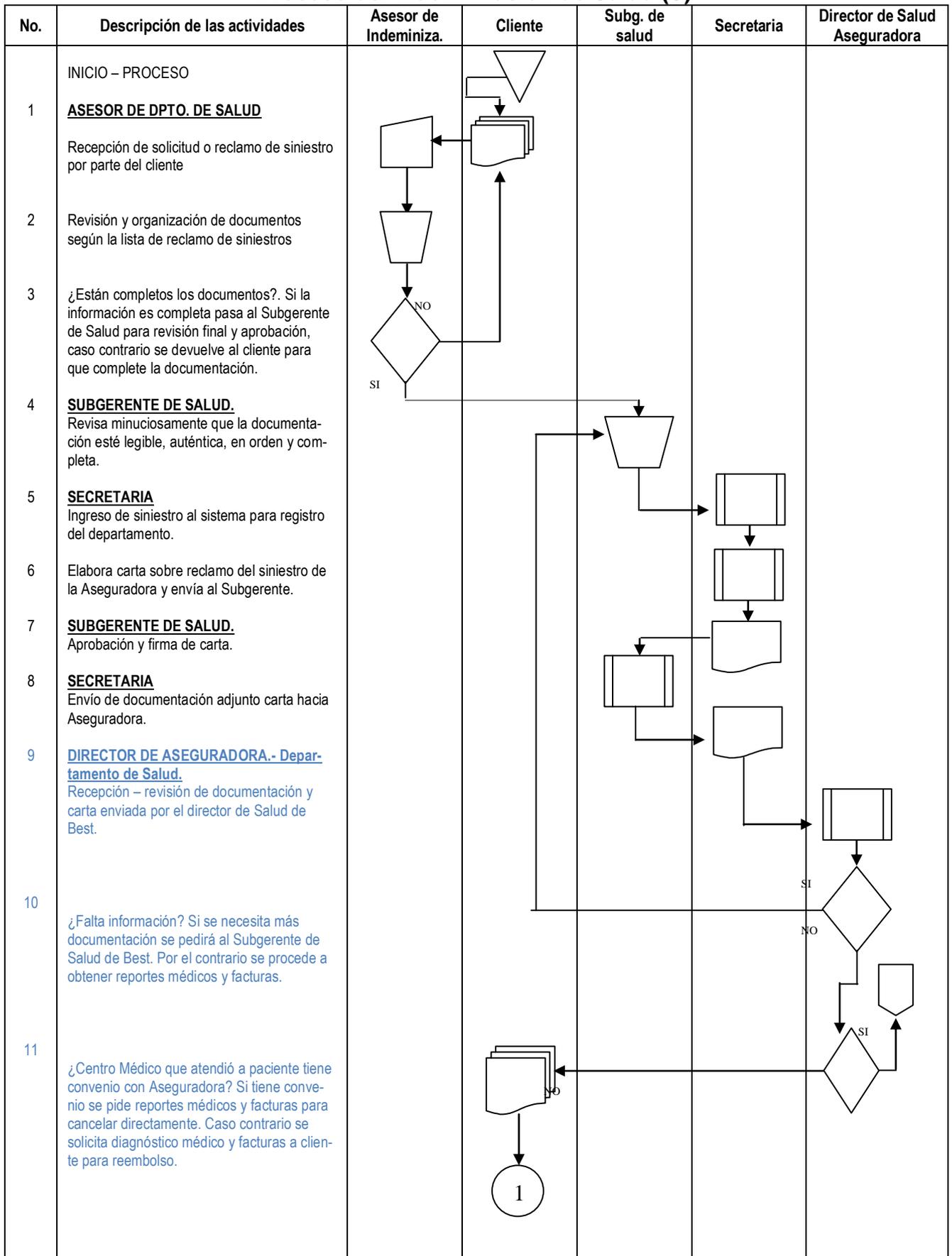
ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
1	Notificación por parte del cliente sobre el siniestro	Robo, accidente o pérdida de vehículo o cualquiera de sus clases	Cliente debe estar al día en sus pagos. Daños encontrarse dentro de las condiciones del contrato	Cliente, Asesor de indemnizaciones	Cliente debe entregar solicitud de reclamo y documentación respectiva, presentarla al asesor de indemnizaciones quien revisa y organiza que éstos estén completos y legibles, caso contrario los devuelve al cliente en espera de documentos faltantes o reemplazos	Solicitud	Debido a que en varias ocasiones los asesores no siguen al pie de la letra el Manual de los procesos establecidos en cuanto a revisión de documentación necesaria, se da el caso de faltantes en información creando molestias al cliente, ya que éste debe presentar solicitud varias veces, o existe duplicación de documentos que retrasan el trámite de indemnización
2	Revisión y comprobación minuciosa de la documentación	Para transferir la documentación del siniestro a la Aseguradora	La documentación recolectada por el asesor debe estar completa, legible y en orden	Subgerente, Asesor y Secretaria de Indemnizaciones	Subgerente recibe de asesor la documentación respectiva Analiza y comprueba si es necesario cada documento para que sea auténtico. Debe tener total conocimiento del caso. Entrega a secretaria para que ingrese en el sistema y elabore carta con firma correspondiente y respectivo envío con documentación a la Aseguradora para liquidación o negativa del siniestro	Sistema (SISE) Teléfono, Fax, Mail.	Subgerente no revisa y comprueba minuciosamente documentación y la envía directamente a la Aseguradora, como documentación llega incompleta o es inservible se produce demoras en la liquidación o negación del caso.

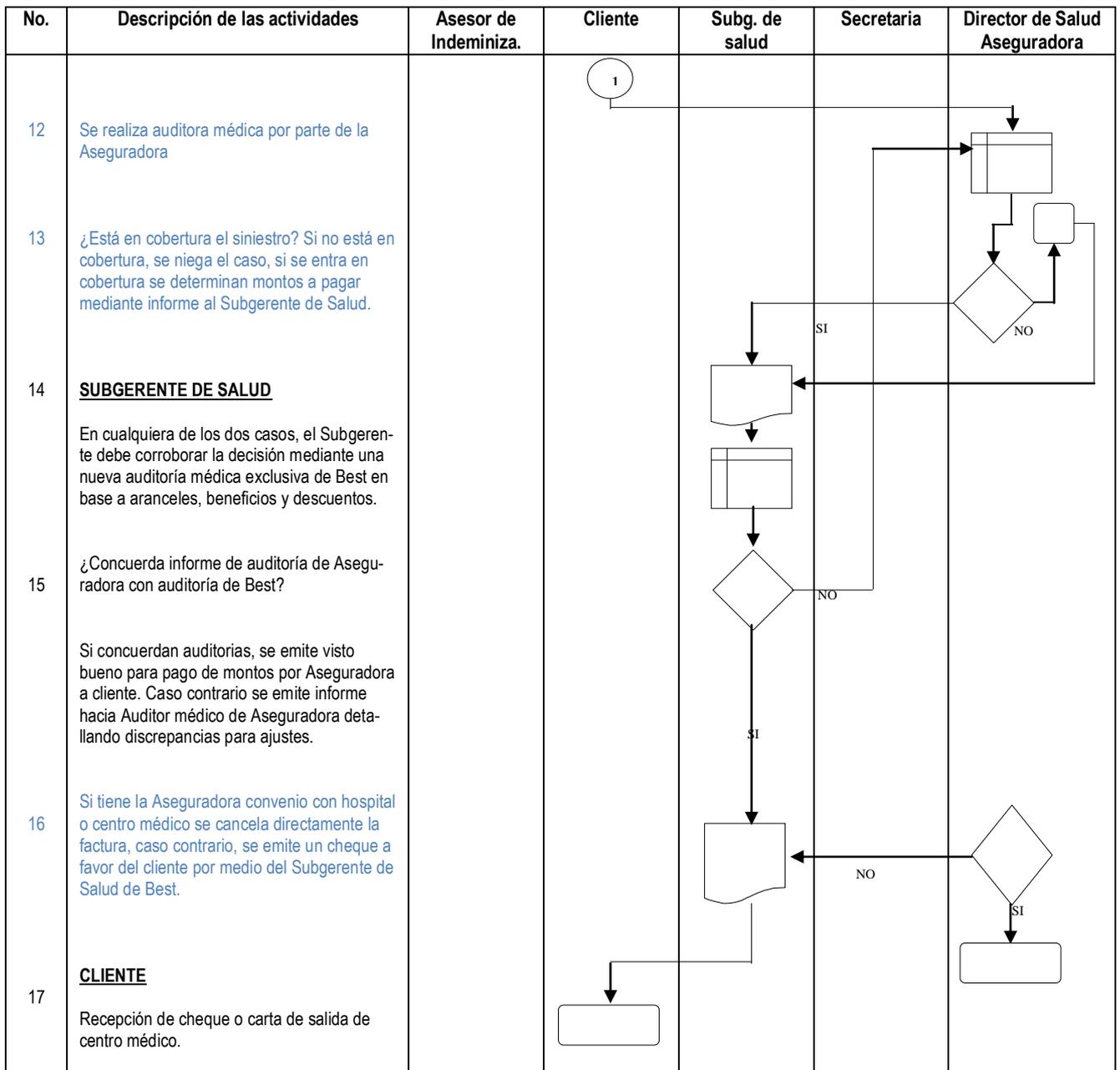
ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
3	Recepción, revisión y análisis de carta y documentación del siniestro	Para aprobación de montos a cubrir o negación de siniestro	Recibir carta y documentación completa, auténtica y legible para liquidación o negativa del siniestro	Secretaria de Best y Director de Aseguradora	<p>Director de siniestros de Aseguradora revisa carta y documentación.</p> <p>Analiza y comprueba nuevamente la autenticidad para aprobar montos a cubrir o negar el siniestro si fuera el caso.</p> <p>Debe tener conocimiento total del caso para no cometer errores en la liquidación o negación del siniestro.</p>	Sistema (SISE) Cotizador página web	<p>No se revisa y se comprueba autenticidad de documentación causando perjuicio al cliente o a la empresa.</p> <p>No se tiene conocimiento total del caso dando paso a procedimientos erróneos en montos a cubrir o negación. Provocando demoras y retrasos en liquidación del siniestro por parte de la Aseguradora en consecuencia se tiene problemas con la Superintendencia de Bancos por denuncias de clientes al no indemnizar dentro de los 45 días que por ley se tiene que liquidar un siniestro.</p>
4	Envío de supervisor y ajustador	Para inspección y ajuste de pago e investigación de siniestro	Orden y autorización para proceder a inspección y ajuste por parte del Director de siniestros de Aseguradora	Director, inspector y ajustador de Aseguradora	<p>Director de salud de Aseguradora envía a Inspector y Ajustador a inspeccionar el estado del vehículo y calificar el siniestro con el respectivo ajuste del pago así como la investigación correspondiente de cómo se dio el siniestro.</p>	Cámara de fotos, filmadora	<p>En algunos casos las investigaciones se ven afectadas por falta de experiencia, profesionalismo, capacitación y sobretodo criterio personal del Inspector y Ajustador de ciertas Aseguradoras provocando continuos errores que se ven reflejados en demoras de liquidación de siniestros. Si bien es cierto éste es problema de la Aseguradora debemos recalcar que nos afecta como broker</p>
5	Aprobación de montos a cubrir o negar	Para cerrar el caso en la Aseguradora y enviar informe, cheque o carta de salida de vehículo a Best	El informe del Inspector y Ajustador debe ser claro, explícito y justificativo	Inspector, Ajustador; y Director de Siniestros de Aseguradora	<p>Supervisor y ajustador entregan informe de calificación y ajuste de pago. Director compra dicho informe con las especificaciones del contrato de seguro y determina los montos a cubrir así como los valores a negar. Si tiene la Aseguradora convenio con taller o concesionario cancela directamente la factura y envía una carta de autorización de salida de vehículo. Caso contrario se emite un cheque a favor del cliente y envía al Subgerente de Indemnizaciones de Best para su entrega, adjuntando informe final.</p>	Informe, Sistema (SISE), Contrato de póliza	<p>El subgerente de Best no realiza un seguimiento de los siniestros en este punto del proceso</p>

ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
6	Evaluación de pago de siniestros	Best como empresa de broker debe asegurarse de que los montos cubiertos por Aseguradora sean justos para el cliente y para la Aseguradora pues busca el beneficio de todos los participantes	Recibir el Informe final del Director de la Aseguradora y tener en su poder toda la investigación del Inspector y Ajustador para evaluar el siniestro	Director de Aseguradora y Subgerente de Indemnizaciones de Best	Subgerente de Indemnizaciones en Best recibe la documentación final para analizarla en base a descuentos, beneficios, aranceles y así como lo estipulado en el contrato firmado por el cliente. Corroborar la decisión de Aseguradora con respecto al siniestro para que montos cubiertos sean justos o emite informe con discrepancias para ser devuelto a la Aseguradora	Informe Sistema (SISE) Contrato de póliza	
7	Entrega de cheque o autorización de salida de vehículo a cliente	Para dar por liquidado y cerrado el caso por parte de Best. Servir al cliente. Dejar constancia de la liquidación del siniestro al cliente	El informe final de evaluación por parte del Subgerente de Indemnizaciones en Best debe concordar con el informe del Director de Indemnizaciones en Aseguradora en cuanto a montos a cubrir y valores a entregar a cliente	Subgerente de indemnizaciones de Best y cliente	El subgerente de indemnizaciones de Best hace entrega de cheque o carta de autorización para salida del vehículo de concesionario. El subgerente de Best informa al cliente acerca de las coberturas de su siniestro	Recibo	En muchos de los casos la explicación para el cliente acerca del siniestro se da solamente de manera verbal sin que exista una constancia de la información que se dio a conocer de parte de Best al cliente siendo pues ha generado malos entendidos y problemas posteriores

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

**Gráfico No.9: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual)
Proceso de: Indemnización de Salud (S)**





Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.14: Indemnización de Pólizas Individuales y Colectivas de Salud

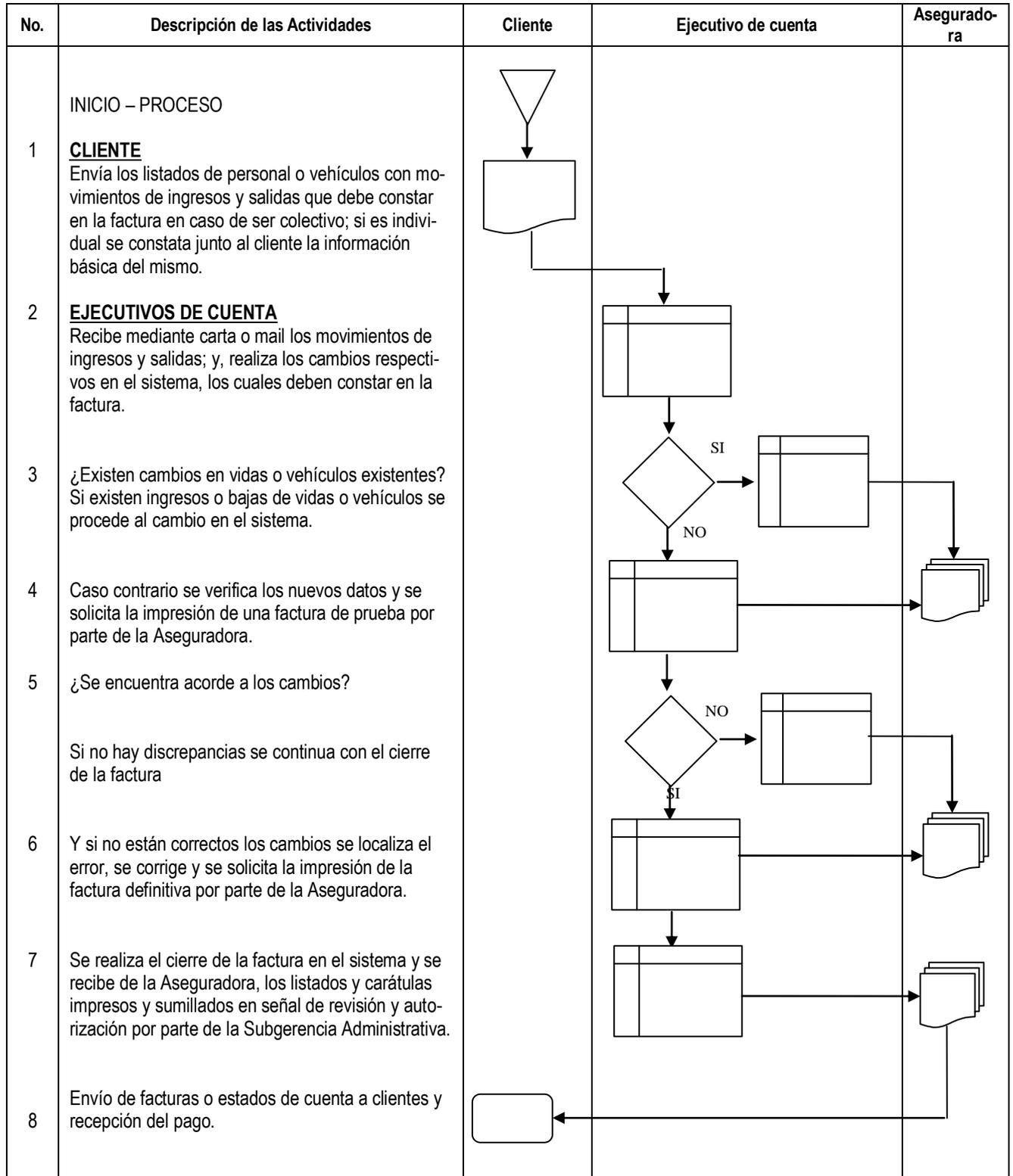
Departamento: Indemnizaciones
Ramo: Salud
Nombre del Proceso: Indemnización (S)
Subproceso: Pólizas Individuales y Colectivas.

ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
1	Notificación por parte del cliente sobre el siniestro	Accidente, enfermedad o muerte	Cliente debe estar al día en sus pagos. Consecuencias deben encontrarse dentro de la condiciones de contrato	Cliente, Asesor de Salud	Cliente debe entregar solicitud de reclamo y documentación respectiva, presentarla al asesor de salud quien revisa y organiza que éstos estén completos y legibles, caso contrario los devuelve al cliente en espera de documentos faltantes o reemplazos	Solicitud	Debido a que en varias ocasiones los asesores no siguen al pie de la letra el Manual de los procesos establecidos en cuanto a revisión de documentación necesaria, se da el caso de faltantes en información creando molestias al cliente, ya que éste debe presentar solicitud varias veces, o existe duplicación de documentos que retrasan el trámite de indemnización
2	Revisión y comprobación minuciosa de la documentación	Para transferir la documentación del siniestro a la Aseguradora	La documentación recolectada por el asesor debe estar completa, legible y en orden	Subgerente, Asesor y Secretaria de Dpto. de Salud	Subgerente recibe de asesor la documentación respectiva Analiza y comprueba si es necesario cada documento para que sea auténtico. Debe tener total conocimiento del caso. Entrega a secretaria para que ingrese en el sistema y elabore carta con firma correspondiente y respectivo envío con documentación a la Aseguradora para liquidación o negativa del siniestro	Sistema (SISE) Teléfono, Fax, Mail.	Subgerente no revisa y comprueba minuciosamente documentación y la envía directamente a la Aseguradora, como documentación llega incompleta o es inservible se produce demoras en la liquidación o negación del caso.

ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
3	Recepción, revisión y análisis de carta y documentación del siniestro	Para aprobación de montos a cubrir o negación de siniestro. Preparar información para la auditoría médica	Recibir carta y documentación completa, auténtica y legible para liquidación o negativa del siniestro	Secretaria de Best y Director de Aseguradora, Hospital en convenio o cliente	Director de siniestros de Aseguradora revisa carta y documentación. Analiza y comprueba nuevamente la autenticidad para aprobar montos a cubrir o negar el siniestro si fuera el caso. Debe tener conocimiento total del caso para no cometer errores en la liquidación o negación del siniestro. Obtiene los reportes médico y facturas ya sea del hospital en convenio o el cliente	Sistema (SISE) Documentación respectiva	No se revisa y se comprueba autenticidad de documentación causando perjuicio al cliente o a la empresa. Se incurre en demoras pues muchas ocasiones los Centros Médicos no envían las facturas y reportes médicos a tiempo porque no existe un seguimiento por parte de la Aseguradora ni tampoco del Subgerente de Salud en Best. Como consecuencia se tiene problemas con la Superintendencia de Bancos por denuncias de clientes al no indemnizar dentro de los 45 días.
4	Aprobación de montos a cubrir o negar	Para cerrar el caso en la Aseguradora, enviar informe y cheque al cliente o al centro médico en convenio	Realizar una auditoría médica	Director de salud de Aseguradora	Analiza los reportes médicos y facturas. Compara el análisis con las especificaciones del contrato de seguro u determina los montos a cubrir así como los valores a negar.	Reportes médicos, facturas y contrato de póliza	El subgerente de Best tampoco realiza un seguimiento de los siniestros en este punto del proceso generado así demoras que producen descontento en los clientes.
5	Auditoría Médica	Best busca tanto el beneficio de sus clientes como el de la Aseguradora por lo tanto los montos cubiertos deben ser los justos	Recibir informe de montos a cubrir y cierre de siniestro por parte de la Aseguradora	Director de Salud Aseguradora y Subgerente de Salud Best	Analiza el informe emitido por Aseguradora, verifica si son los montos adecuados a cubrir. Emite informe final	Informe de Aseguradora y Contrato de póliza	La verificación final no siempre es prolija y paso por alto algunos aspectos perjudicando especialmente a Best
6	Entrega de cheque al cliente o Centro Médico en convenio	Para dar por liquidado y cerrado el caso por parte de Best. Servir al cliente Dejar constancia de liquidación del siniestro al cliente	El informe de Auditoría Médica	Subgerente de Indemnización es de Best, cliente o Centro Médico en convenio	El Subgerente de salud de Best hace entrega de cheque ya sea a cliente o a Centro médico en convenio. El subgerente de Best informa al cliente acerca de las coberturas en su siniestro.	Informe final de auditoría médica	En muchos de los casos la explicación para el cliente acerca del siniestro se da solamente de manera verbal sin que exista una constancia de la información que se dio a conocer de parte de Best al cliente siendo pues ha generado malos entendidos y problemas posteriores.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Gráfico No.10: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual)
Proceso de: Mercadeo Masivo
Sub Proceso de: Facturación de Seguros Individuales y Colectivos (F1)
Vehículos y Salud



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.15: Facturación Automática de Vehículos y Salud Seguros Individuales y Colectivos

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Individuales
Nombre del Proceso: Facturación
Subproceso: Facturación Automática de Vehículos y Salud (F1)

ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
1	Recepción de los listados para facturar o información básica del cliente	Para ingresar las personas o vehículos que van a estar incluidos en la póliza durante el periodo facturado	Se realiza cuando el cliente envía al Ejecutivo de cuenta	Ejecutivo de cuenta de Best y cliente o empresa	Se recibe mediante carta o mail (archivo magnético) el listado del personal o vehículos con los movimientos de ingresos y salidas que deben constar en la factura	Fax, Carta o mail.	Se debe diferenciar las clases de facturas que se pueden realizar, ya que existen tres tipos, monto uniforme, capital informado, múltiplo de sueldo. A parte es la póliza de tipo desgravame para todas estas clases se necesita diferente información que el ejecutivo debe saber para poder facturar y no demorar este proceso
2	Cambios de vidas o vehículos (movimientos) en el sistema	Para actualizar el listado según lo solicitado por el cliente	Se realiza este paso antes de realizar la factura del periodo	Ejecutivo de cuenta de Best	Se registra en el sistema el ingreso o salida de vidas o vehículos tomando en cuenta el ajuste que se debe calcular	Sistema (SI-SE)	El sistema no realiza correctamente los cálculos en caso de existir ajustes retroactivos
3	Facturación de prueba	Para verificar que los cambios realizados estén correctos	Se realiza antes de hacer el cierre de la factura definitiva	Ejecutivo de cuenta, Asistente de Mercadeo Masivo, Aseguradora y cliente	Se envía la información para que la Aseguradora emita una factura de prueba para que el cliente verifique las modificaciones y primas generadas	Sistema (SI-SE)	Existe pérdidas de tiempo al realizar pruebas y constatar los cambios debido a que el sistema no realiza las operaciones correctamente
4	Cierre de factura (factura final)	Para enviar al cliente	Se realiza los primeros quince días del mes	Asistente de Mercadeo Masivo y Aseguradora	Se realiza el cierre de la factura en el sistema y se recibe de la Aseguradora los listados y carátulas impresos con sumilla de la Subgerencia Administrativa	Sistema (SI-SE)	
5	Envío de la factura	Para recaudar las primas correspondientes al periodo facturado	Se envía hasta el 15 de cada mes	Subgerencia Administrativa Mensajero y cliente	Se envía al cliente la factura o estados de cuenta y se receipta el pago.		No existe una carta que deje constancia por escrito de las facturas que el ejecutivo entrega al cliente, esta carta es importante en caso de que los documentos se lleguen a perder en manos del ejecutivo

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Gráfico No.11: Diagrama de Flujo de Actividades (Situación Actual)
Proceso de: Mercadeo Masivo
Sub Proceso: Cancelación de Póliza de Seguros Individuales y Colectivos (CA1)
Vehículos y Salud

No.	Descripción de las Actividades	Cliente	Ejecutivo de cuenta	Aseguradora
	INICIO – PROCESO			
1	CLIENTE Envío de pedido para cancelación de póliza			
2	EJECUTIVOS DE CUENTA Verificación de póliza en el sistema			
3	¿Se debe devolver prima pagada? En los casos en que sea necesario devolver la prima pagada, se elabora una solicitud a la Aseguradora para debitar de la póliza la prima a ser devuelta y su retiro.			
4	Si no existen dichos valores de prima se procede a solicitar a la Aseguradora, la emisión de endoso de cancelación.			
5	Recibe el endoso impreso y lo archiva en la carpeta del cliente.			
6	En el producto previsión realiza liquidación de fondo y solicita cancelación a Aseguradora.			
7	ASEGURADORA Emite cheque respectivo y envía a Best para su entrega a cliente			
8	EJECUTIVO DE CUENTA Realiza última revisión de cheque y endoso; y, procede a entregarlos a cliente			

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.16: Cancelación de Vehículos y Salud Seguros Individuales y Colectivos

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Individuales y Colectivos
Nombre del Proceso: Emisión
Subproceso: Cancelación de Vehículos y Salud (CA1)

ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
1	Notificación al cliente	Para comunicar a la Aseguradora que el cliente decidió cancelar la póliza contratada	La cancelación puede darse cuando el cliente lo decida	Ejecutivo de cuenta de Best y cliente	Después de recibir notificación por parte del cliente, Best envía una carta al Ejecutivo de cuenta de la Aseguradora firmada por el cliente, comunicando la cancelación de la póliza. Esta cancelación debe realizarse a partir de la fecha de emisión de la carta	Carta	En muchos casos, estas cartas no son entregadas al ejecutivo responsable y el seguro permanece vigente. Existen demoras en el proceso de enviar la carta a Aseguradora retrasando la cancelación
2	Verificación de la póliza en el sistema	El Ejecutivo debe saber que el producto va a cancelar, en el caso de pólizas temporales, la cancelación se realiza en forma normal, pero en las pólizas de productos provisión se debe calcular el ahorro generado por el cliente y solicitar la devolución de acuerdo a la liquidación	La póliza debe estar vigente y la cancelación se dará desde la fecha hasta el último pago	Ejecutivo de cuenta de Best	El ejecutivo ingresa al sistema y verifica la forma de pago que tuvo la póliza. Si la póliza tiene forma de pago mensual la cancelación se realizará a partir de la fecha hasta la que se encuentre vigente y si la póliza tiene diferente forma de pago se calculará el valor por la devolución de prima no devengada	Sistema (SI-SE) Hoja de control de emisión	No se calcula de forma correcta el valor de la prima no devengada

ITEM	ACTIVIDAD	PREGUNTAS					
		Motivo / Causa	Condición	Participantes	Pasos a Realizar	Herramientas	Observaciones
3	Emisión del endoso de cancelación	Para cancelar la póliza	En el caso de devolución de prima no devengada, esta debe ser comunicada y solicitada para debitarla de la póliza antes de cancelar	Ejecutivo de cuenta, y Tesorería de Aseguradora	En el caso de tener devolución de prima se realiza solicitud a Tesorería de la Aseguradora donde entregan el valor correspondiente para poder cancelar la póliza. Se recibe además el endoso de cancelación del sistema. Después de grabar este endoso se debe realizar un cruce automático de cuentas contables y grabar	Sistema (SI-SE) Mail – Fax	Los ejecutivos de cuenta en muchas ocasiones realizan la cancelación de la póliza, no solicitan la devolución de prima (si es el caso). A su vez no realiza el cruce de cuentas contables lo que genera un descuadre a fin de mes, estos problemas han ocurrido por falta de información en el proceso de cancelación.
4	Impresión de cancelación	Para enviar el archivo	Después de grabar el endoso de cancelación se debe imprimir para archivar	Ejecutivo de cuenta y encargado de archivo	Aseguradora emite los endosos y Best archiva una copia junto a la carta del cliente en la carpeta respectiva.	Sistema (SI-SE)	En un 90% no se imprimen los negocios de cancelación por lo que las carpetas permanecen en el archivo como vigentes, desperdiciando el espacio.
5	Devolución de ahorro	Para devolución al cliente	Después de cancelar la póliza de provisión y calcular los cargos por retiro	Ejecutivos de cuenta, Tesorería de Aseguradora y cliente	Aseguradora realiza el cálculo de devolución de ahorro con los cargos por retiro dependiendo de los factores que influyen, emite el estado de cuenta actualizado, los cálculos por retiro para la devolución de la prima y emite el cheque que será revisado por Best para la entrega al cliente.	Sistema (SI-SE) Hoja de cálculo	No existe un orden específico para armar la póliza.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

CAPITULO 6

ANÁLISIS Y SELECCIÓN DE LOS PROCESOS MEJORA- MIENTO

Una vez realizado el diagnóstico total de la empresa, se debe proceder a seleccionar los procesos para el mejoramiento, siendo esta aplicación importante y trascendental al momento de cumplir con el objetivo del presente estudio, por ello se ha empleado el modelo de Harrington: “Selección de los procesos para el mejoramiento”, con sus dos enfoques:

- Enfoque ponderado de selección y,
- Enfoque de información

Con la finalidad de mantener la validez de los resultados obtenidos en el sondeo; se determinó la muestra de manera confiable, se controló que las encuestas fueran llenadas de una forma adecuada y la tabulación fue procesada cuidadosamente, así como el análisis de los resultados; de esta manera, se logró obtener información real, la misma que fue suministrada a la Directiva.

En el análisis del capítulo anterior, se presentan ciertos conflictos que han sido seleccionados para el mejoramiento, entre estos se encuentran, los problemas críticos referentes a tiempo de duración y desarrollo del mismo; los que, en base a las entrevistas y encuestas realizadas, dan mayor número de quejas por parte de clientes ya sean internos o externos. En algunos casos, como en el proceso de cotizaciones de pólizas individuales, se redefinirá un nuevo proceso diferente al actual, como se presentará más adelante, debido a que existe una nueva página Web en la que será posible realizar todo este proceso (nueva forma de realizar por avance de tecnología).

La efectividad del proceso se refiere a la forma acertada en que este cumple los requerimientos de sus clientes finales.

El mejoramiento de los procesos genera efectividad; la misma que se traduce en el incremento de las ventas y el posicionamiento o participación en el mercado.

6.1. Análisis de los Procesos Bajo el Enfoque Ponderado

El modelo de Harrington propone asignar a cada uno de los procesos de la empresa, en este caso a los procesos operativos del departamento de Mercadeo Masivo, una calificación de acuerdo a las siguientes categorías:

- ❖ Impacto al cliente: ¿Cuán importante es este proceso en el cliente?
- ❖ Susceptibilidad al cambio: ¿Este proceso puede ser realizado de distinta manera?
- ❖ Desempeño: ¿Qué problemas tiene actualmente, o cuán deteriorado se encuentra?
- ❖ Impacto en la empresa: ¿Qué importancia tiene en la empresa?³³

En el proceso de calificación se deben tomar en cuenta los siguientes parámetros:

- Observaciones realizadas en el esquema de procesos actuales, presentada en el capítulo anterior.

³³ HARRINGTON H. James, *Mejoramiento de Procesos*, McGraw Hill, Bogotá – Colombia, 1996, pág. 55.

- Datos, nuevas políticas y estadísticas realizadas a diario por personas de la empresa, que han contribuido a cubrir los errores actuales temporalmente.
- Problemas encontrados en las actividades diarias presentados por los ejecutivos de cuenta.

En base a estos parámetros, se procedió a la calificación de las categorías, cuantificándolas, de 1 a 5 en cada proceso bajo la siguiente valoración:

1.- Proceso difícil para realizar cambios; o, proceso que su cambio generará poco impacto en el resultado.

5.- Proceso factible para realizar modificaciones; o, proceso que su cambio generará alto impacto en sus resultados.

Una vez obtenidas las calificaciones, se procedió a totalizar la suma correspondiente a cada uno de los procesos; representando, las calificaciones más altas, a los procesos que deben modificarse inmediatamente, y las calificaciones más bajas, a los procesos que no deben sufrir modificaciones o estas deben ser mínimas para que mantengan el bajo impacto.

A continuación se presenta la matriz del enfoque ponderado de selección:

**Tabla No. 17: Análisis por Departamento de los Procesos Operativos bajo el Enfoque Ponderado de Selección
(Matriz de Selección)**

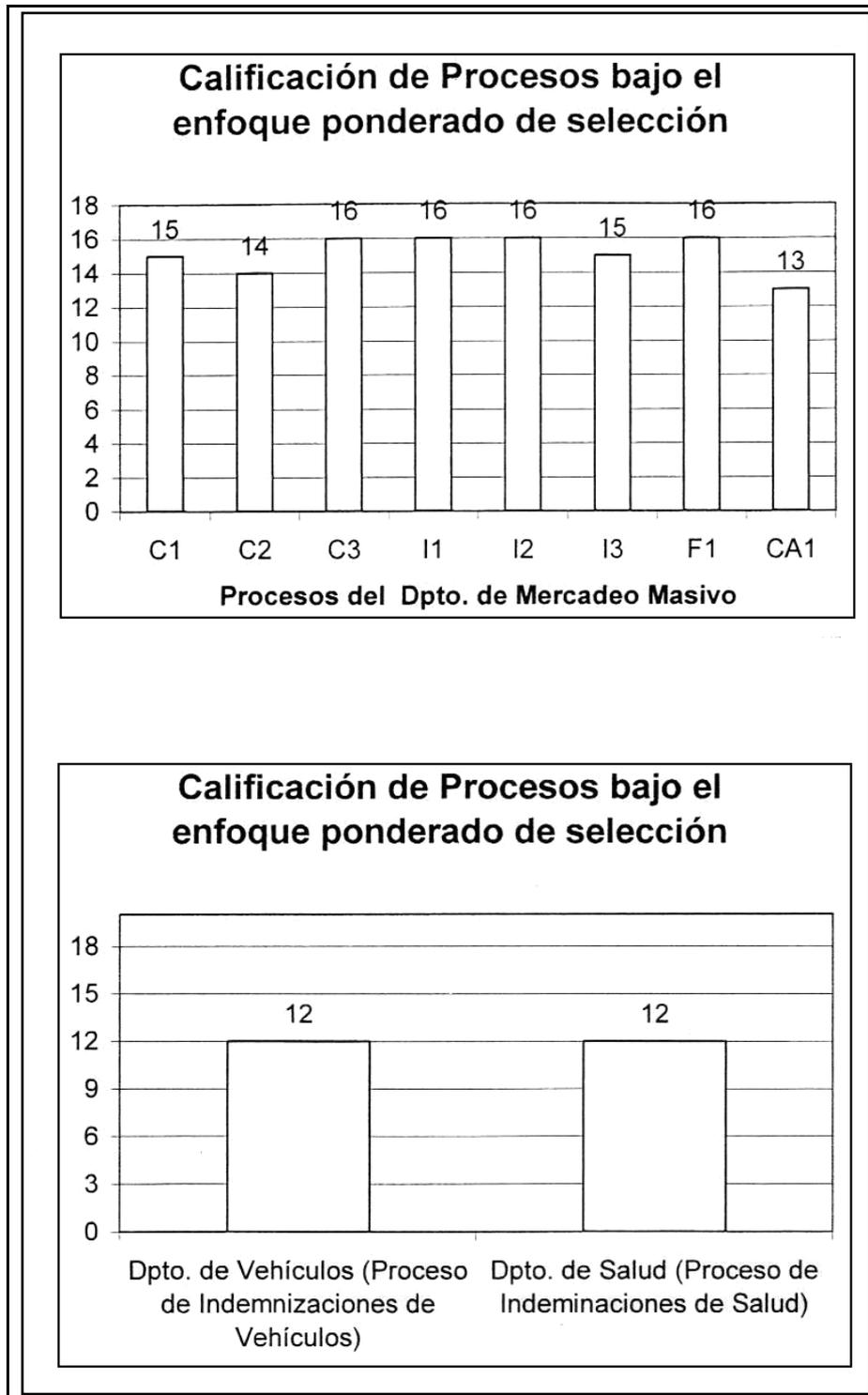
DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS						
ITEM	NOMBRE DEL PROCESO	SUCEPTIBILIDAD AL CAMBIO	DESEMPEÑO	IMPACTO EN LA EMPRESA	IMPACTO EN EL CLIENTE	TOTAL
V	Indemnización de Vehículos (Individuales y Colectivos)	2	3	3	4	12

DEPARTAMENTO DE SALUD						
ITEM	NOMBRE DEL PROCESO	SUCEPTIBILIDAD AL CAMBIO	DESEMPEÑO	IMPACTO EN LA EMPRESA	IMPACTO EN EL CLIENTE	TOTAL
S	Indemnización de Salud (Individuales y Colectivos)	2	3	3	4	12

DEPARTAMENTO DE MERCADEO MASIVO						
ITEM	NOMBRE DEL PROCESO	SUCEPTIBILIDAD AL CAMBIO	DESEMPEÑO	IMPACTO EN LA EMPRESA	IMPACTO EN EL CLIENTE	TOTAL
C2	Renovación de Seguros colectivos (Vehículos y Salud)	3	3	4	4	14
C3	Emisión de Seguros colectivos (Vehículos y Salud)	4	4	3	5	16
I1	Cotización de Seguros Individuales (Vehículos y Salud)	4	3	4	5	16
I2	Renovación de Seguros Individuales (Vehículos y Salud)	4	2	5	5	16
I3	Emisión de Seguros Individuales y Colectivos	4	3	4	5	16
CA1	Emisión de Cancelaciones Seguros Individuales y Colectivos	3	4	3	3	13

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Gráfico No.12: Matriz de Selección



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

6.1.1 Conclusiones del Enfoque Ponderado de Selección

Los resultados obtenidos en la matriz del enfoque ponderado de selección han señalado a los siguientes procesos operativos, de acuerdo a cada departamento, como los generadores de algún nivel de cambio:

6.1.1.1. Departamento de Vehículos

Proceso de Indemnización Vehículos (V)

- ❖ El puntaje total obtenido, en el proceso de indemnización o liquidación de siniestros tanto individuales como colectivos, fue de 12, lo cual indica la necesidad de aplicar una modificación o cambio, en lo que respecta a la disminución de tiempos y simplificación de subprocesos, que serán detallados en el capítulo siguiente.

6.1.1.2. Departamento de Salud

Proceso de Indemnización Salud (S)

- ❖ Se obtuvo un puntaje de 12, en el proceso de liquidación de siniestros en pólizas de salud tanto individual como colectiva, por lo que, se ha concluido que las actividades pueden seguirse desarrollando de la misma forma aunque es aconsejable optimizarlas con relación a los tiempos ociosos que se encontraron al levantar los procesos.

6.1.1.3 Departamento de Mercadeo Masivo

Procesos de Seguros Colectivos

- ❖ El mayor puntaje en el total (calificación: 16) fue obtenido por la emisión de pólizas nuevas y facturación automática; lo cual indica que, si

se desea conseguir un mejor desempeño, se deberá dar mayor importancia a las modificaciones en estos procesos.

- ❖ Un puntaje considerable en comparación de los demás procesos (calificación: 15 y 14) obtuvieron las cotizaciones tanto de cuentas nuevas y cuentas de cartera (renovaciones), en seguros colectivos; esto evidencia la necesidad de analizarlos y aplicar cambios que den lugar a su optimización.

Procesos de Seguros Individuales

- ❖ Los procesos que deben ser mejorados prioritariamente son: las cotizaciones nuevas y de cartera (renovaciones), que obtuvieron el puntaje más alto en los totales (calificación: 16); y, las emisiones de pólizas nuevas, que obtuvieron una calificación de 15 puntos.
- ❖ Se deberá proponer un cambio en el proceso de la emisión de cancelaciones, ya que, se contabilizó un resultado de 13 puntos.

6.2. Análisis de los Procesos Operativos bajo el Enfoque de Información

6.2.1. Análisis por Departamento de los Procesos Operativos Bajo el Enfoque de Información

El enfoque de Harrington, trabaja de acuerdo a la información obtenida directamente de los usuarios finales o clientes directos, permitiendo ver al proceso desde el punto de vista externo y no desde el punto de vista interno como se realiza en el enfoque ponderado de selección.

6.2.2. Conclusiones del Enfoque de Información

6.2.2.1. Departamento de Vehículos

Proceso de Indemnizaciones de Vehículos

Según el enfoque ponderado, con respecto a las calificaciones; los cambios sugeridos, para el proceso de indemnizaciones de vehículos, están basados en la simplificación de pasos para disminuir tiempos; puesto que, actualmente este trámite se lo realiza en un mínimo de 10 a 15 días en pérdida parcial o daño y hasta 30 días en pérdida total. Según las entrevistas y encuestas, es factible que este trámite se lo realice en menos tiempo, generando una mejor satisfacción de los requerimientos del cliente.

En el siguiente capítulo, dedicado completamente al mejoramiento de los procesos operativos actuales de Best Seguros, se recomendará innovaciones operativas en los procesos, para la optimización del servicio al cliente.

6.2.2.2. Departamento de Salud

Proceso de Indemnizaciones de Salud.

Según las calificaciones obtenidas en el enfoque ponderado para el proceso de indemnizaciones de salud; se puede deducir que se deben realizar modificaciones en base a la simplificación de pasos y por consiguiente, la utilización del menor tiempo en su desarrollo.

En la actualidad, el pago de la indemnización o reembolso del siniestro se lo realiza en un tiempo promedio de 7 a 15 días; lo cual, da a lugar a quejas y molestias por parte de los clientes; y, de acuerdo al análisis, esta di-

ligencia puede ser realizada en menor tiempo y superar las expectativas de los clientes.

6.2.2.3. Departamento de Mercadeo Masivo

Según el análisis de la información recopilada, se ha hecho notoria la necesidad de aplicar reformas directas sobre las actividades llevadas a cabo y su desarrollo; por ello, el presente estudio se orientará al mejoramiento de los procesos operativos de esta subgerencia: Cotizaciones, Emisiones, Renovaciones, Cancelaciones y Facturación.

La aplicación y desarrollo de estas reformas, dará lugar a un enfoque de mejoramiento que permitirá; según la información recopilada en el Capítulo II del presente estudio:

- ❖ Centrar esfuerzos dirigidos a las expectativas del cliente o usuario final.
- ❖ Toma de decisiones correctivas y preventivas, basadas en experiencias de los procesos actuales; y, no en percepciones internas.

6.2.3. Evaluación de las Oportunidades de Mejoramiento

La evaluación del estado actual de cada proceso, tal como consta anteriormente, ha sido medida de acuerdo al factor tiempo, siendo este un indicador clave de la insatisfacción del cliente; por ello, se han identificado los procesos y actividades a los que se aplicarán modificaciones, estableciendo en primer orden, las causas para las demoras.

El tiempo requerido para completar el proceso, incluidas las actividades de traslado de documentos, esperas, almacenamientos, revisiones y repeticiones, es conocido como tiempo del ciclo; el mismo que, es un aspecto

fundamental en todos los procesos críticos de la Empresa; ya que, su reducción libera recursos, reduce costos, mejora la calidad del output e incrementa las ventas; por ejemplo, si se reduce el ciclo de facturación, se tendrá más dinero en efectivo a su alcance. El tiempo del ciclo puede establecer la diferencia entre el éxito y el fracaso.³⁴

Con el fin de obtener un promedio o conocer el tiempo de ciclo de cada proceso analizado, se procedió a realizar la medición de tiempos; la misma que reflejó que, operativamente, demandan una mayor duración, los siguientes procesos:

Seguros Colectivos: Emisiones

Seguros Individuales: Cotizaciones, Emisiones

Facturación automática

A continuación consta el cuadro con los tiempos promedio de cada proceso:

³⁴

HARRINGTON H. James, *Mejoramiento de Procesos*, McGraw Hill, Bogotá-Colombia, 1996, pág. 70

Tabla No.18: Medición de tiempos promedio de los macro procesos

Áreas Operativas de la Empresa	
Medición de tiempos promedio para la realización de cada proceso	
DESCRIPCIÓN DE PROCESOS	TIEMPO PROMEDIO
INDEMNIZACIONES	
(min.)	
VEHÍCULOS (V)	12.056 (8 días aprox.)
SALUD (S)	6.538 (5 días aprox.)
COTIZACIONES	
INDIVIDUALES (I1)	41 minutos
COLECTIVAS (C1)	30 minutos
EMISIÓN DE PÓLIZAS	
INDIVIDUALES (I2)	61 minutos
COLECTIVAS (C2)	36 minutos
RENOVACIONES	
INDIVIDUALES (I3)	33 minutos
COLECTIVAS (C3)	51 minutos
ANULACIONES / CANCELACIONES	
INDIVIDUALES – COLECTIVAS (CA1)	34 minutos
FACTURACION COLECTIVOS	
AUTOMÁTICAS (F1)	49 minutos

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

6.3. Análisis de los Resultados para la Selección de Procesos

En base a los enfoques de selección de procesos que deben ser mejorados y al análisis realizado; se puede deducir lo siguiente:

Indemnizaciones

Deben optimizarse, en cuestión de reducción de tiempo y actividades innecesarias, los siguientes procesos:

- ❖ Indemnización Vehículos
- ❖ Indemnización Salud

Seguros Colectivos

Deben mejorar, totalmente, los siguientes procesos:

- ❖ Emisión de pólizas nuevas (C3)
- ❖ Facturación automática (F1)

Deben modificarse, de acuerdo a sus problemas puntuales, los siguientes procesos:

- ❖ Cotizaciones clientes nuevos (C1)
- ❖ Cotizaciones clientes antiguos - renovaciones (C2)

Seguros Individuales

Deben mejorar, totalmente, los siguientes procesos:

- ❖ Cotizaciones para clientes nuevos (I1)

- ❖ Cotizaciones para clientes antiguos - renovaciones (I2)

Deben modificarse, de acuerdo a sus problemas puntuales, los siguientes procesos:

- ❖ Emisión de pólizas nuevas (I3)

- ❖ Emisión de cancelaciones (CA1)

Tabla No. 19: Modalidad de Mejoramiento de Procesos Operativos por Departamento

DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS							
ITEM	NOMBRE DEL PROCESO	Enfoque ponderado de selección			Enfoque con información		
		Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja
V	Indemnización de Vehículos (Individuales y Colectivos)			X			

DEPARTAMENTO DE SALUD							
ITEM	NOMBRE DEL PROCESO	Enfoque ponderado de selección			Enfoque con información		
		Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja
S	Indemnización de Salud (Individuales y Colectivos)			X			

DEPARTAMENTO DE MERCADEO MASIVO							
ITEM	NOMBRE DEL PROCESO	Enfoque ponderado de selección			Enfoque con información		
		Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja
C1	Cotización de Seguros Colectivos (Vehículos y Salud)						
C2	Renovación de Seguros Colectivos (Vehículos y Salud)						
C3	Emisión de Seguros Colectivos (Vehículos y Salud)						
I1	Cotización de Seguros Individuales (Vehículos y Salud)						
I2	Renovación de Seguros Individuales (Vehículos y Salud)						
I3	Emisión de Seguros Individuales y Colectivos						
F1	Facturación Seguros Individuales y Colectivos						
CA1	Emisión de Cancelaciones Seguros Individuales y Colectivos			X			

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Según James Harrington (1993), mejorar un proceso significa "cambiarlo para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable".³⁵

Esta técnica gerencial, se ha convertido en una herramienta fundamental, ya que su aplicación, contribuye a la disminución de las debilidades y el afianzamiento de las fortalezas de la organización.

El mejoramiento de procesos, le da a la organización, la oportunidad de ser más productiva y competitiva en el mercado, ya que el hecho de poder identificar y corregir oportunamente los inconvenientes; da lugar al crecimiento y liderazgo empresarial.

6.4. Modernización de Procesos

6.4.1 Evaluación del Valor Agregado (EVA)

La evaluación del valor agregado (EVA) es un principio esencial en el proceso de modernización. En un proceso, cada actividad puede pertenecer a tres clases de valor agregado; el valor agregado real son aquellas actividades que, vistas por el cliente final, son necesarias para proporcionar el output que el cliente está esperando. Existen actividades que la empresa requiere pero que no agregan valor desde el punto de vista de las ventajas para el cliente (valor agregado en la empresa) y además existen otras actividades que no agregan valor alguno³⁶.

6.4.1.1. Actividades que Agregan Valor Real

³⁵ HARRINGTON H. James, Mejoramiento de Procesos, McGraw Hill, Bogotá-Colombia, 1996, pág.

^{30.}

³⁶ HARRINGTON H. James, Mejoramiento de Procesos, McGraw Hill, Bogotá-Colombia, 1996, págs. 110-115.

Son todas las actividades indispensables, que contribuyen directamente, al cumplimiento de los requerimientos de los clientes y por consiguiente de la empresa. El output o resultado que recibe el cliente como producto y/o servicio, depende de la calidad de ejecución de las actividades que agregan valor real; por lo que, es fundamental su revisión continua para mantener la satisfacción de los clientes externos.

6.4.1.2. Actividades que Agregan Valor para la Empresa

Son todas las actividades que no agregan valor desde la óptica del cliente externo pero son importantes en la consecución de las acciones de los procesos internos de la compañía; por lo que, deberán ser reducidas, en lo que se refiere a costos y tiempos, puesto que la ineficiencia en ellas, disminuirá la calidad del servicio y/o producto que recibe el cliente externo.

6.4.1.3. Actividades que no Agregan Valor

Son todas las actividades que no agregan valor al producto y/o servicio ni para el cliente externo, ni para la empresa; por lo que, lo más viable sería eliminarlas y así evitar el entorpecimiento de los flujos regulares de información, la ineficiencia en los procesos y gasto excesivo de recursos, que desembocan en la insatisfacción del cliente externo.

El objetivo de evaluar el valor agregado de cada actividad, es identificarlos para poder optimizar las acciones que los generan y disminuir las que no lo hacen e interrumpen el normal desarrollo de los procesos; tratando de esta manera, de incrementar la satisfacción del cliente.

Anteriormente, se expusieron los procesos que necesitan reformas inmediatas y los que deben mejorar para perfeccionarse; a continuación, se

encuentra un cuadro con el análisis del valor agregado de cada una de sus actividades:

6.4.2 Cuadros por Procesos de la Evaluación del Valor Agregado

Tabla No. 20: Cotización de Seguros Colectivos Clientes Nuevos

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Colectivos
Nombre del Proceso: Cotizaciones

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Emp. (VAE)	Sin Valor Agregado (SVA)	Tiempo proceso (min)
1	Recepción de solicitud para cotización.		X		5
2	Verificación de la empresa a cotizar en el cotizador "cotimatic"			X	20
3	Ingresar los datos e información al cotizador		X		20
4	Grabar la cotización y enviar al cliente	X			10
				Total	55

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No. 21: Análisis de Cotización de Seguros Colectivos Clientes Nuevos

Observaciones:

Optimización de actividades VAR

Cada cotización debe ser expuesta a un proceso de retroalimentación para conocer el estado y efectividad de cada una. Por medio de cada cotización se debe dar a conocer los servicios adicionales de la empresa; y, además se deberá notificar a cada proveedor para que realicen promoción y retroalimentación.

Minimizar o Eliminar actividades SVA

Se debe llevar un registro que mantenga ordenada y actualizada la información de las empresas cotizadas (administrador de cotizaciones).

Optimización de ac-

Se debe implementar un registro digital en el que conste la efectividad de las cotizaciones y razones por las que no se emitió la póliza; de manera que se pueda llevar contro-

tividades VAE

les estadísticos, y en base a ellos, se pueda realizar una revisión y ajuste de estrategias y políticas de la Empresa.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.22: Emisión Seguros Colectivos Clientes Nuevos

Departamento: Mercadeo Masivo

Ramo: Seguros Colectivos

Nombre del Proceso: Emisiones

Subproceso: Pólizas Clientes Nuevos (C3)

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Sin Valor Agregado (SVA)	Tiempo de proceso (min)
1	Notificación del cliente		X		15
2	Ingreso de los datos al sistema para emisión		X		25
3	Impresión de las condiciones en borrador			X	10
4	Revisión/corrección de condiciones de póliza			X	15
5	Impresión y armado de carpeta para cliente	X			20
6	Entrega al cliente	X			10
Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez				Total	95

Tabla No.23: Análisis Emisión Seguros Colectivos Clientes Nuevos**Observaciones:****Optimización de actividades VAR**

Todas las pólizas emitidas deben llevar el mismo orden lógico que permita mantener la secuencia de la documentación; en la cual, debe constar de manera específica los beneficios adicionales.

Minimizar o Eliminar actividades SVA

Las condiciones de las pólizas deben ser estándar y no permitir modificaciones; y serán adicionadas las condiciones particulares de cada cliente. De esta manera, se eliminarán tiempos ociosos que experimentan los ejecutivos de cuenta, al esperar que el Subgerente realice las correcciones.

Optimización de

Además de la estandarización de formatos y documentación; se debe agregar en la carpeta de cada cliente, información específica y particular del mismo; de manera que si existieran inconvenientes, estos

actividades VAE

puedan ser resueltos por cualquier ejecutivo de la Empresa.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.24: Renovación (Cotización Clientes Antiguos)**Departamento:** Mercadeo Masivo**Ramo:** Seguros Colectivos**Nombre del Proceso:** Cotizaciones**Subproceso:** Cotizaciones Clientes Antiguos-Renovaciones (C2)

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Sin Valor Agregado (SVA)	Tiempo de proceso (min)
1	Entrega de carpetas			X	25
2	Análisis de la póliza		X		30
3	Realizar carta de renovación	X			15
				Total	70

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.25: Análisis Renovación (Cotización Clientes Antiguos)**Observaciones:****Optimización de actividades VAR**

En las cartas de renovación se deben indicar de manera clara y específica, las nuevas políticas y beneficios adicionales vigentes de la póliza.

Minimizar o Eliminar actividades SVA

Para llevar un mejor control sobre las pólizas; se debe implementar un registro digital que indique vencimientos, renovaciones y de las que no han sido renovadas, razones por las que no lo fueron.

Optimización de actividades VAE

La implementación del registro digital, permitirá emitir alarmas sobre los próximos vencimientos, a los ejecutivos de cuenta, de manera que su gestión comercial se tornará más eficaz y personalizada.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.26: Cotización Clientes Nuevos Seguros Individuales

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Individuales
Nombre del Proceso: Cotizaciones
Subproceso: Cotizaciones Clientes Nuevos (I1)

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Sin Valor Agregado (SVA)	Tiempo de proceso (min)
1	Recepción de la solicitud		X		25
2	Ingresar los datos e al cotizador de la página web e informar	X			35
3	Grabar la cotización y enviar al cliente	X			15
				Total	75

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.27: Análisis Cotización Clientes Nuevos Seguros Individuales

Observaciones:	
Optimización de actividades VAR	En la página web se implementará la sección de cotización, brindándole tres opciones para que el cliente pueda obtener la información deseada. Se guardará y alimentará automáticamente el registro para el respectivo proceso de promoción y retroalimentación.
Minimizar o Eliminar actividades SVA	El usuario podrá descargarse el 'cotizador' para obtener al instante la información solicitada de acuerdo a las opciones planteadas; con ello, se disminuirá el tiempo que utiliza un ejecutivo en realizar la acción.
Optimización de actividades VAE	La implementación de esta opción en la página web, permitirá al usuario tener acceso a tasas actualizadas, intereses en base a una tasa real y cotizaciones instantáneas. Para la Empresa, esta implementación permitirá una mejor administración de los clientes que solicitan cotizaciones.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.28: Emisión Seguros Individuales Clientes Nuevos

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Individuales
Nombre del Proceso: Emisiones
Subproceso: Pólizas Clientes Nuevos (13)

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Sin Valor Agregado (SVA)	Tiempo de proceso (min)
1	Notificación del cliente		X		10
2	Análisis técnico de solicitud para emisión		X		20
3	Revisión			X	10
4	Emisión de la póliza		X		10
5	Impresión y armado de carpeta para cliente	X			10
6	Entrega al cliente	X			10
				Total	70

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.29: Análisis Emisión Seguros Individuales Clientes Nuevos

Observaciones:

Optimización de actividades VAR

Todas las pólizas emitidas deben llevar el mismo orden lógico que permita mantener la secuencia de la documentación; en la cual, debe constar de manera específica los beneficios adicionales.

Minimizar o Eliminar actividades SVA

La revisión es innecesaria ya que el análisis técnico incluye una revisión.

Optimización de actividades VAE

Además de la estandarización de formatos y documentación; se debe agregar en la carpeta de cada cliente, información específica y particular del mismo; de manera que si existieran inconvenientes, estos puedan ser resueltos por cualquier ejecutivo de la Empresa.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.30: Renovación Seguros Individuales (Cotización Clientes Antiguos)

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Individuales
Nombre del Proceso: Cotizaciones
Subproceso: Cotizaciones clientes antiguos-renovaciones (I2)

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agr. Empresa (VAE)	Sin Valor Agregado (SVA)	Tiempo proceso (min)
1	Entrega de cartas de renovación divididas por ejecutivo	X			45
2	Cambios de montos y coberturas	X			30
3	Ingreso del pago de la prima		X		25
4	Impresión de la carátula de renovación	X			20
Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez				Total	120

Tabla No.31: Análisis Renovación Seguros Individuales (Cotización Clientes Antiguos)

Observaciones:

Optimización de actividades VAR

Se informa al cliente sobre la situación actual de la póliza, montos, prima a pagar, y estado de cuenta (en caso de provisión), opciones para elegir aumento de montos o capital para el ahorro; en este momento, el cliente puede decidir renovar o cancelar su póliza. Se debe implementar el 'organizador de cotizaciones' para optimizar la entrega de renovaciones, ya que no solo se emitirá una alarma que indique que el cliente debe ser visitado, sino que automáticamente se organizarán por ejecutivo y fecha de vencimiento de la póliza actual.

Minimizar o Eliminar actividades SVA

Para llevar un mejor control sobre las pólizas; se debe implementar un registro digital que indique vencimientos, renovaciones y de las que no han sido renovadas, razones por las que no lo fueron.

Optimización de actividades VAE

La implementación de un registro digital de las pólizas, permitirá emitir alarmas y reportes que indiquen las que están próximas a vencer; de esta manera, el Ejecutivo deberá realizar su gestión comercial personalizada; e internamente, se disminuirá totalmente, el déficit presupuestario por renovaciones no llevadas a cabo.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No. 32: Indemnizaciones de Vehículos

Departamento:

Vehículos

Ramo:

Individuales y Colectivos

Nombre del Proceso:

Indemnizaciones

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Sin Valor Agregado (SVA)	Tiempo de proceso (min)
1	Recepción de solicitud o reclamo de siniestro por parte del cliente	X			5
2	Revisión y Organización de documentos			X	15
3	Si los documentos están incompletos o ilegibles, se devuelve al cliente. Caso contrario se pasa al subgerente para revisión final y aprobación	X			10
4	Cliente recolecta documentos faltantes para presentar de nuevo el reclamo	X			2880
5	Subgerente revisa o comprueba que la documentación esté legible, auténtica, en orden y completa		X		15
6	Secretaria ingresa siniestro al sistema para registro			X	15
7	Secretaria elabora carta sobre el reclamo del siniestro para la Aseguradora			X	15
8	Subgerente participa en todo el proceso, aprueba y firma carta.		X		10
9	Secretaria envía la documentación y carta a Aseguradora			X	1440
10	Director de Aseguradora recibe, revisa y analiza carta con documentos		X		25

11	Si Director necesita mayor información de siniestro, pide documentos de respaldo a subgerente de Best. Si no se puede procese a envío de supervisor y ajustador para revisión			X	20
12	Inspector califica el siniestro para determinar coberturas y ajustador ajusta el pago del siniestro y realiza investigación del mismo. Presentación de informe a Aseguradora			X	1440
13	De acuerdo a informe, inspector y ajustador. Director emite informe donde aprueba o niega el siniestro con explicaciones y montos a cubrir.		X		240
14	Si tiene la Aseguradora convenio con algún concesionario cancela directamente la factura y envía carta de autorización de salida de vehículo a cliente. Si no que emite un cheque a favor del cliente y se envía al Subgerente de Best para su entrega. Adjunto informe y liquidación		X		25
15	Arreglo total o entrega de partes correspondientes o de nuevo vehículo del concesionario al cliente.	X			14400
16	Subgerente recibe cheque o carta de autorización de vehículo según el caso			X	240
17	Subgerente evalúa el pago de siniestro en base a aranceles, descuentos y beneficios para que valores sean justos. Caso contrario devuelve a la Aseguradora para su ajuste		X		90
18	Entrega de cheque o carta de salida de vehículo y explicaciones del caso hacia el cliente	X			720
				Total	21.605

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.33: Análisis Indemnización de Vehículos

Observaciones:	
Optimización de actividades VAR	En el primer contacto con el cliente, el ejecutivo de cuenta debe asegurarse de brindarle un asesoramiento confiable y eficaz, que sea de total ayuda para que el cliente agilite el proceso de indemnización y evite faltantes en documentos.
Minimizar o Eliminar actividades SVA	Es innecesario realizar doble filtro de revisión y organización de información, puede ser realizado una sola vez por el Subgerente. Con la aplicación de un mejor control, se volverá a revisar, únicamente, la nueva información adjuntada. Desde la primera visita del cliente, se debe abrir un expediente que contenga toda la información referente al mismo.
Optimización de actividades VAE	El Subgerente debe participar activamente en todo el proceso de indemnización como asesor en decisiones y acciones, de manera que se evite errores y por consiguiente, se ahorre recursos.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No. 34: Indemnización de Salud**Departamento:**

Salud

Ramo:

Individuales y Colectivos

Nombre del Proceso:

Indemnizaciones

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Sin Valor Agregado (SVA)	Tiempo de proceso (min)
1	Recepción de solicitud o reclamo de siniestro por parte del cliente	X			5
2	Revisión y Organización de documentos			X	15
3	Si los documentos están incompletos o ilegibles, se devuelve al cliente. Caso contrario se pasa al Subgerente para revisión final y aprobación	X			10
4	Cliente recolecta documentos faltantes para presentar de nuevo el reclamo	X			2160
5	Subgerente revisa o comprueba que la documentación este legible, auténtica, en orden y completa		X		15
6	Secretaria ingresa siniestro al sistema para registro			X	15
7	Secretaria elabora carta sobre el reclamo del siniestro para la Aseguradora			X	15
8	Subgerente aprueba y firma carta			X	10
9	Secretaria envía la documentación y carta a Aseguradora			X	1440
10	Director de Aseguradora reci-		X		25

	be, revisa y analiza carta con documentos				
11	Si Director necesita mayor información de siniestro, pide documentos de respaldo a subgerente de Best. Si no se puede proceder a envío de supervisor y ajustador para revisión			X	20
12	Si tiene la Aseguradora convenio con centro médico cancela directamente la factura. Si no se pide diagnóstico médico y facturas a clientes para reembolso		X		1440
13	Se realiza auditoría médica por parte de la Aseguradora		X		1440
14	Si está en cobertura se determina montos a pagar. De lo contrario se niega el caso	X			300
15	Subgerente de Best corrobora decisión mediante nueva auditoría médica exclusiva de la empresa en base a aranceles, beneficios y descuentos		X		1440
16	Si concuerdan auditorías se da visto bueno para pagos. Caso contrario se emite un informe hacia Aseguradora para ajustes	X			200
17	Envío de cheque hacia Best			X	1440
18	Entrega de cheque a cliente o autorización de salida a centro médico	X			90
				Total	10.080

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No. 35: Análisis Indemnización de Salud

Observaciones:	
Optimización de actividades VAR	En el primer contacto con el cliente, el ejecutivo de cuenta debe asegurarse de brindarle un asesoramiento confiable y eficaz, que sea de total ayuda para que el cliente agilite el proceso de indemnización y evite faltantes en documentos.
Minimizar o Eliminar actividades SVA	Es innecesario realizar doble filtro de revisión y organización de información, puede ser realizado una sola vez por el Subgerente. Con la aplicación de un mejor control, se volverá a revisar, únicamente, la nueva información adjuntada. Desde la primera visita del cliente, se debe abrir un expediente que contenga toda la información referente al mismo.
Optimización de actividades VAE	El Subgerente debe participar activamente en todo el proceso de indemnización como asesor en decisiones y acciones, de manera que se evite errores y por consiguiente, se ahorre recursos.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.36: Facturación Seguros Colectivos e Individuales

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Individuales y Colectivos
Nombre del Proceso: Facturación
Subproceso: Automática (F1)

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Sin Valor Agregado (SVA)	Tiempo de proceso (min)
1	Recepción de los listados para facturar	X			20
2	Cambio de vidas o vehículos en sistema		X		25
3	Facturación de prueba			X	15
4	Cierre de la factura (factura final)		X		10
5	Envío de la factura al cliente	X			20
				Total	90

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.37: Análisis Facturación Seguros Colectivos e Individuales

Observaciones:

Optimización de actividades VAR Los listados que emite el sistema para la facturación permiten mayores controles y verificaciones; aunque se debe tomar en cuenta que en estas actividades se invierte el 80% del tiempo destinado para este proceso.

Minimizar o Eliminar actividades SVA El listado emitido por el sistema debe ser conocido a cabalidad por el cliente, de manera que no se generen problemas posteriores al momento de presentar documentos probatorios en caso de siniestro; y, debe ser adjuntado a la póliza, con lo cual queda explícita la aceptación por parte del cliente.

Optimización de actividades VAE Para la mayor parte de clientes, los listados emitidos en la facturación son confusos, por lo que, se debe implementar la opción de emitir un listado resumido con número de personas y/o vehículos y montos totales asegurados; de esta forma, se facilita la aceptación por parte del cliente y se evita el desperdicio de hojas que se utilizan actualmente para la impresión de este listado.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.38: Cancelación de Seguros Individuales y Colectivos

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Individuales y Colectivos
Nombre del Proceso: Emisiones
Subproceso: Cancelaciones (CA1)

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Sin Valor Agregado (SVA)	Tiempo de proceso (min)
1	Notificación del cliente		X		5
2	Verificación de póliza en sistema		X		15
3	Endoso de cancelación		X		15
4	Impresión de cancelación			X	5
5	Devolución de ahorro/prima	X			25
Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez				Total	65

Tabla No.39: Análisis Cancelación Seguros Individuales y Colectivos

Observaciones:	
Optimización de actividades VAR	Se debe verificar y comunicar al cliente si existe un cheque a su favor por concepto de devolución de ahorro o prima prepagada; para que lo retire oportunamente.
Minimizar o Eliminar actividades SVA	Cuando un cliente solicita la cancelación o endoso de la póliza, se debe exigir la carta que lo respalde; para archivarla en la carpeta y reubicarla en el archivo correspondiente.
Optimización de actividades VAE	Para evitar confusiones, se debe redactar e implementar un manual de cancelaciones por producto, ya que, en los seguros individuales la cancelación es un proceso distinto para cada uno de ellos. La implementación de este manual, evitará que los ejecutivos se olviden de cancelar las pólizas cuando existe emisión de otra empresa Aseguradora en caso de siniestro (doble indemnización por las dos pólizas), esto generalmente se observa, cuando las pólizas que se deben cancelar tienen como forma de pago débito bancario o cargo a la tarjeta de crédito del cliente.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

CAPITULO 7

PROPUESTA DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DE PROCESOS EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE LA EMPRESA

7.1. Estrategia Competitiva de la Empresa

Un estudio de 275 gestores de carteras, concluye que la capacidad de ejecutar una estrategia es más importante que su calidad en sí; lo cual determina que su aplicación es fundamental en la valoración de la empresa y de su gestión.

De acuerdo a lo expuesto en el presente estudio, se puede indicar con seguridad que, obtener un valor agregado no depende de la gestión de activos materiales o inversión en activos físicos, sino de la implementación de las estrategias basadas en el conocimiento, capacidades y relaciones intangibles originadas en el recurso humano de la organización.

A continuación se detallan los aspectos que deben tomarse en cuenta para el desarrollo de la estrategia, deben tomarse en cuenta los aspectos que se detallan a continuación:

- * Relaciones con los clientes

- * Productos y servicios innovadores

- * Procesos operativos de alta calidad

- * Tecnología de la información y bases de datos

- * Capacidades, habilidades y motivaciones de los empleados

El éxito de la implementación de la estrategia se basa en el conocimiento que el personal tenga sobre la misma, ya que esto permitirá que orienten sus esfuerzos al logro de la misma.

La meta general del diseño de la organización es la sinergia.

Las estrategias individuales deben vinculadas e integradas para que los procesos y las actividades que los componen, se conviertan en algo más que la suma de sus partes.

Los vínculos son definidos por la empresa, con el fin de crear sinergia, asegurándose que estos se originen efectivamente para su logro. La aplicación de lo indicado, es más complicada de lo que parece.

Es importante que la empresa invierta tiempo en la transición de la cultura organizacional basada en la estrategia; para ello, se deberá promover la creación de equipos de estrategia, reuniones y comunicaciones abiertas.

Gracias al apoyo del presente Plan de Mejoramiento, la estrategia competitiva que aplicará Best Seguros será la expuesta a continuación:

Maximizar la eficacia operativa mediante el mejoramiento de la productividad del personal, la optimización del uso de los recursos existentes y la minimización de tiempos de los procesos operativos; para reducir el costo del servicio entregado.

Con el fin de enfocar a la empresa hacia el cliente, se ha establecido la siguiente estrategia directa:

Maximizar la calidad del servicio, comprendiendo y anteponiendo las necesidades del cliente; y, superar a la competencia, ofreciendo menores tiempos de entrega de resultados.

7.2. Modelo Esquemático del Plan de Mejoramiento en relación a la situación actual y los estándares de desempeño

Tabla No.40: Modelo Esquemático del Plan de Mejoramiento en relación a situación actual y estándares de desempeño

DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUAL					SITUACIÓN PROPUESTA			
	Motivo / Causa	Condición	Participantes	Número de subprocesos actuales	Tiempo actual (min.)	Situación actual	Número de subprocesos propuestos	Tiempo mejorado (min.)	Situación Propuesta
Vehículos		<p>Cliente debe estar al día en sus pagos.</p> <p>Daños encontrarse dentro de las condiciones del contrato</p>	<p>Cliente, Asesor, Indemnizaciones, Subgerente, secretaria, Director de Asegurador, Ajustador e Inspector</p>	<p>Actualmente debido a la deficiente utilización de los recursos y a la falta capacitación del personal, así como los cuellos de botella. Este proceso cuenta con 16 subprocesos para desarrollar todo el proceso</p>	21.605	<p>Asesores no siguen el manual de los procesos establecido en cuanto a revisión de documentación necesaria, se da el caso de faltantes en información creando molestias al cliente, ya que éste debe presentar solicitud varias veces, o existe duplicación de documentos que retrasan el trámite de indemnización. No se tiene conocimiento total del caso, provocando demoras y retrasos en la liquidación del siniestro.</p> <p>El subgerente no realiza seguimiento en el caso.</p>	<p>Con el Plan De Mejoramiento utilizando el modelo de Harrington.</p> <p>Este proceso se subdivide solamente en 12 subprocesos, disminuyendo notablemente el tiempo total.</p>	13.638	<p>Asesoría siguen detalladamente los pasos propuestos en el Plan, aprovechando los recursos materiales y el tiempo. Personal involucrado está capacitado.</p> <p>Personal tiene absoluto conocimiento y realiza seguimiento de cada caso. Liquidación en tiempo estimado.</p>

DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUAL						SITUACIÓN PROPUESTA		
	Motivo / Causa	Condición	Participantes	Número de subprocesos actuales	Tiempo actual (min.)	Situación actual	Número de subprocesos propuestos	Tiempo mejorado (min.)	Situación Propuesta
Salud	Accidente, enfermedad o muerte	Cliente debe estar al día en sus pagos. Daños encontrados dentro de las condiciones del contrato	Cliente, Asesor de Salud, Subgerente, secretaria, Director de la Aseguradora	Actualmente debido a la deficiente utilización de los recursos y a la falta capacitación del personal, así como los cuellos de botella. Este proceso cuenta con 17 subprocesos para desarrollar todo el proceso	10.080	No se revisa y comprueba autenticidad de documentación. No se realiza seguimiento del caso. Se incurre en demoras al no insistir que los Centros Médicos envíen las facturas y por ende se tiene problema con la Superintendencia de Bancos. Al momento de liquidar el siniestro se le da una constancia escrita sino solo de forma verbal	Con el Plan De Mejoramiento utilizando el modelo de Harrington. Este proceso se subdivide solamente en 12 subprocesos, disminuyendo notablemente el tiempo total.	5.326	Gracias a la eliminación de pasos innecesarios, se dedica más tiempo a la comprobación adecuada de la autenticidad de los documentos y seguimiento de los casos. En el primer contacto con el cliente ejecutivo debe brindar un asesoramiento confiable y certero para agilizar el proceso, no es necesario hacer el doble filtro para la conformación. El subgerente formará parte durante todo el proceso ahorrando recursos y tiempo al evitar errores.

DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUAL						SITUACIÓN PROPUESTA		
	Sub Proceso	Condición	Participantes	Número de subprocesos actuales	Tiempo actual (min.)	Situación actual	Número de subprocesos propuestos	Tiempo mejorado (min.)	Situación Propuesta
Mercado Masivo	Cotización Seguros Colectivos (CI)	Cliente solicita mediante visita personal, fax, carta o mail o fono.	Cliente, ejecutivo de cuenta	11	55 156	Ejecutivos no recolectan información completa se realizan falsas. Falla de sistema. Varios nombres para una sola empresa. No se respetan políticas. Falta de seguimiento de cotizaciones. Falta tabla de tasas, riesgos, montos y requisitos.	11	32	Con la ayuda de una lista de requisitos, se obtienen todos los necesarios para realizar una correcta cotización. Se hace seguimiento e implementación del sistema para evitar doble cotización

DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUAL					SITUACIÓN PROPUESTA			
	Sub Proceso	Condición	Participantes	Número de subprocesos actuales	Tiempo actual (min.)	Situación actual	Número de subprocesos propuestos	Tiempo mejorado (min.)	Situación Propuesta
Mercado Masivo	Emisión Seg. Colec. (C3)	Cliente confirma el contrato de la póliza	Ejecutivo de cuenta, Subgte. Técnico Cliente, Jefe Operativo de Aseguradora	12	95	No se tiene un manual del sistema, cada ejecutivo realiza de forma diferente la emisión, la hoja no se llena correctamente, existen varios errores en las condiciones que deben ser revisadas antes de entregar al cliente. Falta seguimiento y confirmación de aceptación del cliente	9	39	Implementación de un manual del sistema para unificar la emisión. Capacitación y control permanente de la forma de llenar la hoja. Entrega de carta de bienvenida al cliente, hacer seguimiento y recibir la aceptación firmada por el cliente.
	Cotización Seg. (I1)	Cliente solicita mediante visita personal, carta mail o fono.	Cliente, ejecutivo de cuenta	8	75	No se recopila la información EXACTA se duplican cotizaciones, no se respetan políticas la empresa y Aseguradora como deducibles aranceles, falta seguimiento.	7	31	Se documenta paso a paso los requisitos a obtener de cada cliente, consiguiendo información REAL y EXACTA. Capacitación con el objetivo de entender perfectamente y sobretodo de cumplir con las políticas de la empresa y Aseguradoras bajo permanente control del Subgerente

DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUAL					SITUACIÓN PROPUESTA			
	Sub Proceso	Condición	Participantes	Número de subprocesos actuales	Tiempo actual (min.)	Situación actual	Número de subprocesos propuestos	Tiempo mejorado (min.)	Situación Propuesta
Mercado Masivo	Renovación Seg. Indi. (12)	Dos meses antes de la renovación	Cliente, Ejecutivo de cuenta, Dpto. de cobranzas	8	120	No existe control ni seguimiento por lo tanto el 80% en variación del presupuesto es por la falta de renovaciones. No hay seguimiento para cambiar montos.	8	40	Implementación en el sistema para permitir cambios antes de la renovación y capacitación para los directivos dirigida a mejor control de seguimientos.
	Emisiones Seg. Indi. (13)	Cliente confirma que va a contratar.	Cliente, ejecutivo de cuenta, Doctor, Jefe Operativo de Aseguradora	12	70	No se tiene un manual del sistema cada ejecutivo realiza de forma diferente la emisión, la hoja no se llena correctamente, existen varios errores en las condiciones que deben ser revisadas antes de entregar al cliente.	10	40	Implementación de un manual del sistema para unificar emisión. Capacitación y control permanente de la forma de llenar la hoja. Entrega de carta de bienvenida al cliente, hacer seguimiento y recibir la aceptación firmada por el cliente

DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUAL					SITUACIÓN PROPUESTA			
	Sub Proceso	Condición	Participantes	Número de subprocesos actuales	Tiempo actual (min.)	Situación actual	Número de subprocesos propuestos	Tiempo mejorado (min.)	Situación Propuesta
Mercado Masivo	Facturación (F1)	Se realiza los primeros 15 días del mes y se envía hasta el 15 de cada mes	Cliente, ejecutivo de cuenta, asistentes de mercado masivo, mensajero, Sub. Administrativa	8	90	Diferenciación errónea sobre qué clase de factura debe aplicarse. Existe pérdida de tiempo al realizar pruebas y cambios debido a que el sistema no permite correctos ajustes retroactivos	7	67	Capacitación dirigida a diferenciar correctamente entre las tres clases de facturaciones. Implementación de un adecuado sistema de facturación.
	Cancelación (CA1)	Decisión del cliente, desde la fecha hasta el último pago	Ejecutivo de cuenta, cliente.	8	65	Las cartas de cancelación no son direccionadas correctamente al ejecutivo encargado, por lo tanto la póliza sigue vigente. Existen demoras en enviar la carta a la Aseguradora, retrasando la cancelación. No se formula de forma correcta el valor de la póliza devengada.	7	36	Implementar en el sistema una herramienta para la cancelación automática para a pesar de que no llegue la carta al ejecutivo, ésta siga vigente.

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

7.2.1. Resultados comparativos del Plan de Mejoramiento de los Procesos Operativos

Tabla No.41: Indicadores y Metas de Proceso

	Actuales		Propuestos Plan de Mejoramiento			
	Tiempo/ proceso	Recursos \$/ mes	Indicadores de tiempo	Indicadores de recurso	Metas de tiempo / proceso	Metas de re- curso / mes
Indemnización vehíc.	21.605 min.	\$ 115	Minutos de duración del proceso	Gasto real en dólares mensual	13.638 min.	\$ 56
Indemnización Salud	10.080 min.	\$ 104	Minutos de duración del proceso	Gasto real en dólares mensual	5.326 min.	\$ 39
Seguros Colectivos						
Cotización	55 min.	\$ 73	Minutos de duración del proceso	Gasto real en dólares mensual	32 min.	\$ 58
Emisión	95 min.	\$ 64	Minutos de duración del proceso	Gasto real en dólares mensual	39 min.	\$ 55
Renovación	70 min.	\$ 54	Minutos de duración del proceso	Gasto real en dólares mensual	63 min.	\$ 49
Seguros Individuales						
Cotización	75 min.	\$ 41	Minutos de duración del proceso	Gasto real en dólares mensual	31 min.	\$ 17
Emisión	70 min.	\$ 70	Minutos de duración del proceso	Gasto real en dólares mensual	40 min.	\$ 47
Renovación	120 min.	\$ 67	Minutos de duración del proceso	Gasto real en dólares mensual	40 min.	\$ 45
Facturación	90 min.	\$ 92	Minutos de duración del proceso	Gasto real en dólares mensual	67 min.	\$ 74
Cancelación	65 min.	\$ 85	Minutos de duración del proceso	Gasto real en dólares mensual	36 min.	\$ 53
TOTAL		\$ 765				\$ 493

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

7.2.1.1. Indicadores y Metas de Impacto

Es importante que se logre aplicar adecuadamente el Plan de Mejoramiento propuesto para Best Seguros; ya que así, se podrá conseguir el crecimiento de la empresa y el incremento de las ventas; permitiendo que se genere mayor rentabilidad, lo cual beneficia a los accionistas y empleados de la Empresa.

En el cuadro que consta a continuación, se sintetiza lo indicado anteriormente:

Tabla No.42: Indicadores y Metas de Impacto

Índices	Actuales	Propuestos Plan de Mejoramiento	
		Indicadores	Metas
Índice de crecimiento	5% anual	* Ingresos en miles de dólares	* Incrementar el porcentaje de crecimiento al 12% anual
Índice de ventas	* 45 facturas emitidas / mes * 20 emisiones / mes	* Número de facturaciones emitidas / mes	* Incrementar el número de ventas /mes * Incrementar en un 40% el número de facturaciones anual
Índice de rentabilidad	* 15%	* Ingresos / Gatos	* Minimizar recursos y tiempos * Incrementar los ingresos * Alcanzar la rentabilidad del 18%

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

7.2.2 Mejoramiento de la Gestión de la Empresa

A continuación se expone la propuesta del Plan de Mejoramiento, basada en la investigación y análisis de los procesos y actividades de la empresa:

Es fundamental que los altos ejecutivos que conforman la Junta General de Accionistas: Gerente General y Subgerente General de Best Seguros, asuman un papel clave en la redacción de cada una de las directrices de la empresa, orientadas y relacionadas directamente con la calidad y el mejoramiento de los procesos. El Gerente General tiene a cargo la tarea de dar a conocer y comunicar por escrito, de manera clara y precisa, las instrucciones; y darle, a cada uno de los subgerentes departamentales, la respectiva responsabilidad, para orientarse al cumplimiento de todas las directrices y políticas establecidas por la compañía.

Todo el personal de la organización, sin excepciones, debe comprometerse a participar activamente en instaurar el proceso de mejoramiento; esto, a su vez, se convierte en un vínculo de comunicación entre empleados y directivos, creando una mayor sensibilidad y conciencia de lo que ocurre en la empresa. Como refuerzo, se realizarán reuniones periódicas con la participación del personal directivo y operativo; y, este intercambio de ideas se consolidará con el objetivo de hacer partícipes del cambio a todos los que conforman la organización, comprometiéndolos por medio de dinámicas y grupos de trabajo.

El presente estudio es una pieza clave del proceso de mejoramiento, ya que ha sido diseñado en forma creativa y su análisis se basa en el sondeo realizado a la empresa misma; por lo que, es indispensable que sea respaldado por el plan de mejoramiento.

El primer paso, debe ser, encontrar a la persona que será responsable de todas las actividades de mejoramiento; luego se deben realizar reuniones

con los altos directivos para discutir y establecer las acciones que serán emprendidas; y, conformar para el efecto, el Consejo Directivo del Mejoramiento, el mismo que, se recomienda sea conformado por el Gerente General, Subgerente General y Subgerentes de Área; quienes celebrarán las reuniones de manera periódica e ininterrumpida, dándole la importancia que amerita al proceso de mejoramiento.

El Consejo Directivo, cuya misión es la de aplicar el diseño del proceso, deberá desarrollar las directrices, establecer módulos educativos, medir el progreso y ayudar a la implantación del proceso; de manera que se garantice la eficacia del proceso de mejoramiento en la compañía.

El Consejo debe representar todas las funciones de la compañía, ya que, cada función posee puntos de contacto claves dentro de la organización, que van a afectar a la productividad y la calidad de otras áreas. Se designarán a las personas responsables, que deberán coordinar las actividades, comunicar la situación que guarda el desarrollo del proceso y medir de su progreso.

Además de lo expuesto, el Consejo Directivo de Mejoramiento deberá difundir en forma masiva, la política de calidad propuesta, de manera que, todo el personal de Best Seguros la conozca y ponga en práctica en cada una de sus actividades diarias, y así poder alcanzar el mejoramiento de los procesos seleccionados que permitan optimizar el servicio al cliente.

Participación Total de la Administración:

El equipo de administración está formado por un grupo de responsables de implantar el proceso de mejoramiento; manteniendo la participación activa de los mandos medios, los mismos que deben capacitarse para adquirir los conocimientos necesarios para aplicar las técnicas que les permitan ubicarse en los nuevos estándares planteados por la compañía.

Participación de los Empleados:

El equipo de administración debe transmitir los conocimientos adquiridos en las capacitaciones, para utilizar las técnicas necesarias y llevar a cabo, el proceso de mejoramiento, involucrando y adiestrando al personal operativo que tienen a cargo; por ello, los responsables serán los directores o supervisores de primera línea de cada departamento.

Participación Individual:

Es importante desarrollar sistemas que brinden a todo el personal los medios para que contribuyan y que estas aportaciones personales contribuciones sean medidas y reconocidas.

Equipos de Mejoramiento de los Sistemas (equipos de control de los procesos):

Las actividades que se repiten forman procesos que pueden y deben controlarse; para lo cual, se exponen en el presente estudio, los diagramas de flujo de los procesos; en lo posterior, incluyen mediciones, controles y retroalimentación. Este proceso debe ser manejado y de responsabilidad de una sola persona.

Sistema de Reconocimientos:

El proceso de mejoramiento pretende cambiar la forma de pensar de las personas acerca de los errores. Para ello existen dos maneras de reforzar la aplicación de los cambios deseados: castigar a todos los que no logren hacer bien su trabajo todo el tiempo, o premiar a todos los individuos y

grupos cuando alcancen una meta con realicen una importante aportación al proceso de mejoramiento.³⁷

Política de Calidad

Para que el proceso de mejoramiento sea exitoso, es necesario implementar una adecuada política de calidad, autorizada por la gerencia; que defina con precisión lo que esperan los empleados y los clientes al recibir los productos o servicios de la empresa.

La redacción de la política de calidad deberá abarcar su aplicación en todas las actividades de la empresa. “También es necesario establecer claramente los estándares de calidad, y así poder cubrir todos los aspectos relacionados al sistema de calidad”³⁸

El éxito de la implantación de la política, se basará en el conocimiento que los empleados tengan sobre los requerimientos de los clientes para así satisfacer o exceder sus expectativas al momento de ofertarles los productos y/o servicios.

7.2.3 Mejoramiento de los Procesos Operativos por Departamentos

7.2.3.1. Departamento de Vehículos

Proceso de Indemnización de Vehículos

La burocracia ha logrado que este proceso, que es considerado uno de las más importantes, presente demoras en la liquidación de los siniestros;

³⁷ SHERMAN, Arthur, *Administración de Recursos Humanos*, Grupo Editorial Iberoamérica, México, 2000, pág. 37.

³⁸ HARRINGTON H. James, *Mejoramiento de Procesos*, McGraw Hill, Bogotá – Colombia, 1996, pág. 23.

y, los clientes externos sufran por esta falta de optimización en la atención.

La liquidación del siniestro en pérdida parcial a partir del último documento recibido por parte del cliente, demora un promedio de 14 a 20 días. Además, los talleres que tienen convenios con las Aseguradoras no cumplen los tiempos exactos de entrega de los vehículos, generando un malestar en los clientes.

La implementación de políticas y cláusulas rígidas especificadas en los contratos con los talleres, indicando sanciones por cada día de demora, sería una solución efectiva para erradicar la falta de efectividad y se podría lograr disminuir el tiempo de entrega de un vehículo de 10 a 6 días.

El tiempo para liquidar el siniestro por pérdida total es de 45 días, que es lo permitido por la Ley y lo que se demoran todas las Aseguradoras. Se podría realizar convenios con los concesionarios, para disminuir este tiempo a 30 días, logrando marcar una diferenciación sostenible y una ventaja competitiva que le permitirá a Best Seguros, su reconocimiento en el mercado asegurador.

Es importante también, que las actividades que han sido delegadas a la secretaria, sean asumidas por la Subgerencia de Indemnizaciones, de manera que estas se optimicen.

Para obtener una ventaja competitiva sostenible, se plantea reducir la liquidación del siniestro, pudiendo realizar todo el trámite de indemnización máximo 10 días.

7.2.3.2. Departamento de Salud

Proceso de Indemnización de Salud y Vida

Dentro de las actividades se puede observar que algunas de ellas no tienen valor agregado para el cliente ni para la empresa; si se realiza una sumatoria del tiempo que estas ocupan, se puede conocer que alcanzan la cuarta parte del tiempo total del ciclo. Si se eliminan estas actividades, se podrá optimizar los procesos; especialmente, se deberá prescindir de los tiempos muertos que representa el papeleo preparado por la secretaria, para el éxito de la operación, se deberá presentar al Subgerente la información completa para el análisis del siniestro.

Para eliminar la pérdida de tiempo en la que incurre el cliente al recopilar la documentación completa; el ejecutivo de cuenta deberá asesorar acertadamente para que en una sola visita, el cliente tenga conocimiento de todo lo que necesita para proceder con el reclamo, de esta manera, se eliminarán los retrasos en el proceso. Además, si el cliente lleva la documentación incompleta, el ejecutivo deberá guiarle sobre los faltantes y recopilar en su carpeta personal lo que haya llevado, para que en su segunda visita, se concentren en la revisión de los faltantes de la primera vez.

Es importante que el Subgerente de Salud, presione a la Aseguradora con respecto al tiempo utilizado para realizar la auditoría médica con el fin de comprobar el siniestro, ya que según opinión de médicos expertos en el proceso, es suficiente utilizar un día en esta actividad.

En lo que respecta al análisis de determinación de montos a cubrir o negación del caso, se podría disminuir al 20%, es decir, de 300 minutos (5 horas) ocupados actualmente, a 240 minutos (3 horas); médicos expertos en el proceso, aseveran que este tiempo es suficiente para llevar a cabo esta actividad.

Las actividades mencionadas anteriormente solo se llevan a cabo si el cliente realiza un reclamo por atención en entidades que no tienen convenio con la Aseguradora y en pólizas de vida; ya que en centros médicos con convenio se procede al pago inmediato para que el cliente salga con el alta.

La liquidación total del siniestro puede optimizarse y disminuirse, de 7 días que ocupa actualmente, a 3 días aproximadamente; pero, se debe tomar en cuenta que para las pólizas de vida no se puede disminuir este tiempo, es decir, se deben mantener los 7 días para completar el trámite.

7.2.3.3 Departamento de Mercadeo Masivo

Seguros Colectivos

A continuación se detallan los procesos y las propuestas de mejoramiento de los procesos de seguros colectivos, en base al análisis del valor agregado realizado anteriormente:

Cotizaciones

Con el objetivo de mantener actualizada la información del estado de ventas y cartera (renovaciones); cada ejecutivo deberá administrar una carpeta llamada "organizador de cotizaciones", la misma que deberá mantener la siguiente estructura con separadores mensuales:

- ❖ Listado de renovaciones de seguros colectivos

- ❖ Listado de renovaciones de seguros individuales

- ❖ Formatos de cotizaciones de seguros colectivos, cotizaciones efectivas y observaciones.

- ❖ Formatos de cotizaciones de seguros individuales, cotizaciones efectivas y observaciones.

Los listados de renovaciones deberán ser impresos dentro de los últimos cinco días del mes anterior desde el archivo digital creado para el efecto.

Actualmente, el mercado exige que las entidades de toda naturaleza manejen una página web, lo cual facilita la realización de transacciones por parte de los clientes externos e internos de la compañía y aseguran una ventaja frente a su competencia. Best Seguros no puede pasar por alto esta demanda y debe proporcionarles a sus clientes, la facilidad y comodidad de realizar sus transacciones por medio del internet, para lo cual, se deberá crear una página web 'www.bestsegurosecuador.com'. Esta página deberá brindar la opción, para los ejecutivos, del manejo de sus cuentas mediante una contraseña particular y de cotizaciones para los clientes.

La implementación de un cotizador en la página web le permite al cliente aprovechar su tiempo y obtener un servicio rápido y eficiente, ya que le facilita acceder a tres formas de cotización individual:

- a) Cotizador en línea
- b) Cotizador para palm pilot
- c) Cotizador con descarga para computadora

Los ejecutivos de cuenta deberán manejar el cotizador en línea, en donde podrán administrar la información solicitada por el cliente manteniendo su usuario (password) y responsabilidad sobre el mismo y los datos proporcionados.

En el plan de procedimientos se deberá adjuntar la información del solicitante de la cotización, la misma que se obtendrá del formato inicial que deberá llenar el cliente al solicitar el servicio en línea.

El ejecutivo de cuenta deberá completar el proceso de cotización en la página web, grabar la información y enviarla al cliente por la vía solicitada (fax, e-mail, correo, etc.). Un respaldo de la misma deberá ser impreso y anexado a la carpeta personal del cliente.

Clientes Nuevos (C1)

Objetivo del Proceso:

Lograr un incremento en el porcentaje del cierre de negocios nuevos, en base a la emisión de cotizaciones rápidas y eficaces, según los requerimientos del cliente, políticas y disposiciones de la Empresa.

Descripción del Proceso Mejorado:

El ejecutivo de cuenta deberá llenar un formato (ver Anexo D) en el cual se solicita toda la información necesaria, del cliente para poder emitir su cotización.

El formato, íntegramente lleno, debe ser entregado a la secretaria para que ingrese esta información en la base de datos y en el cotizador 'cotimatic'.

Una vez que conste en el cotimatic, el cliente, el ejecutivo de cuenta emitirá la cotización en el menor tiempo posible y con la información solicitada por el cliente, tomando especial atención en el número de personas, riesgo y montos.

Además, se debe agregar el detalle de las condiciones y los beneficios adicionales (valores agregados), haciéndolos constar con valor cero.

Se graba el proceso y se imprime dos copias de la cotización; una debe ser entregada al cliente y la otra archivada en su carpeta personal, después de ingresarla en el archivo digital de cotizaciones.

Este proceso podrá brindar un registro de cotizaciones para clientes nuevos.

Clientes Antiguos- Renovaciones (C2)

Objetivo del Proceso:

Lograr un incremento en el porcentaje de renovaciones; en base a la emisión de cotizaciones eficaces y rápidas, según la experiencia de la cuenta, siniestralidad, políticas establecidas y disposiciones de la Empresa.

Descripción del Proceso Mejorado:

La persona encargada del archivo, deberá entregar a cada ejecutivo de cuenta, las carpetas físicas de los clientes cuyas pólizas estén próximas a vencer. El proceso deberá efectivizarse los últimos cinco días hábiles del mes anterior.

El ejecutivo de cuenta deberá imprimir desde el archivo digital, el reporte correspondiente al mes siguiente y deberá llevarlo al encargado del archivo y compararán juntos que el detalle sea igual a las carpetas entregadas, sino deberá ser aumentado o corregido. El formato contará con información básica para proceder con la renovación (Anexo E) y deberá ser archivado en el 'organizador de cotizaciones' que maneja cada ejecutivo de cuenta.

El ejecutivo de cuenta deberá analizar la siniestralidad de la póliza, la prima a facturar y las personas o vehículos incluidas actualmente, inmediatamente deberá llenar un formato de renovación (Anexo F), y elaborar las cartas de renovación (Anexo G), por duplicado, una copia para el cliente y otra para archivo.

Al inicio del mes, el ejecutivo deberá contactar a sus clientes y realizar la gestión comercial hasta lograr renovar la cuenta u obtener la razón por la que el cliente no desea hacerlo. Esta información debe ser incluida en el Anexo E, que facilitará llenar el Anexo H, que es un resumen de las cotizaciones y renovaciones mensuales llevadas a cabo por cada ejecutivo de cuenta.

Este proceso permitirá contar con información actualizada para realizar una gestión comercial acertada en el momento indicado; además, la carpeta de cada cliente contará con un historial que servirá para futuras decisiones, concesiones y soluciones a inconvenientes que puedan presentarse.

Emisiones (C3)

Objetivo del Proceso:

Llevar a cabo el mayor número de emisiones de pólizas de manera eficaz y rápida, según el esquema operativo, políticas y disposiciones de la Empresa.

Descripción del Proceso Mejorado:

Se debe empezar con implementar un formato que contenga la información básica necesaria para proceder con la emisión de pólizas (Anexo I);

el mismo que debe ser llenado por el ejecutivo de cuenta en base a lo que indique el cliente.

Una vez lleno el formato, el ejecutivo llevar a cabo el diagnóstico y evaluación como requisito de asegurabilidad; para lo que deberá coordinar con el médico, en caso de pólizas de salud, o con el inspector en caso de vehículos.

La información deberá ser ingresada al sistema (proceso estandarizado); y, además, se deberán cargar las condiciones particulares precatalogadas que sirvan de base, de manera que se optimicen tiempo y demás recursos.

Inicialmente, el tiempo total del ciclo era de 95 minutos; al eliminar las actividades que no agregan valor alguno, se redujo a 39 minutos.

Las condiciones de la póliza deberán ser impresas en cuatro copias que se destinarán al documento original para el cliente, copia para el agente, copia para el archivo y copia a ser devuelta con la respectiva firma.

El documento original para el cliente debe incluirse en la carpeta, que mantendrá el orden y la secuencia de los documentos según el Anexo J; y, será presentada al Subgerente respectivo para su revisión y aprobación (firma).

La carpeta deberá ser enviada al cliente, por el ejecutivo e incluirá la carta de bienvenida, la copia para el agente y la copia que debe devolver firmada.

El ejecutivo deberá entregar a la persona encargada del archivo, la copia de la póliza, condiciones, control de emisión, carta de aceptación, documentos de respaldo y listado; quien a su vez, deberá archivarlos en la carpeta de cada cliente, incluyendo el formato de hoja de valores agregados sin costo (Anexo K), que lo deberá llenar de acuerdo a la documentación recibida.

Este proceso permitirá mantener un mejor registro de las emisiones de pólizas y un respaldo, de fácil ubicación, en caso de presentarse inconvenientes o modificaciones.

Seguros Individuales

Cotizaciones

Es importante que, al igual que en los seguros colectivos, se implemente el 'organizador de cotizaciones'.

El 'organizador de cotizaciones' deberá incluir, además, la información detallada a continuación:

- Listado de renovaciones de cada mes dividido por ejecutivo
- Formato de cotizaciones para seguros individuales
- Cotización empresa.

Cotizaciones Clientes Nuevos (I1)

Objetivo del Proceso:

Lograr un incremento en el porcentaje del cierre de negocios nuevos, en base a la emisión de cotizaciones rápidas y eficaces, según los requerimientos del cliente, políticas y disposiciones de la Empresa.

Descripción del Proceso Mejorado:

Tal como se maneja en los seguros colectivos, se utilizará el 'Organizador de cotizaciones' para realizar el seguimiento de las cotizaciones; para lo cual, se deberá imprimir una copia de la misma y se la adjuntará al formato para cotizar.

La solicitud puede receptarse vía telefónica, e-mail o carta dirigida al ejecutivo de cuenta; quien deberá llenar el formato para cotizaciones de seguros individuales (Anexo L) y archivarlo en el 'organizador de cotizaciones'.

La información suministrada por el cliente, deberá ser ingresada en el sistema por el ejecutivo de cuenta e impresa por dos ocasiones, una copia será para el cliente y la otra para el archivo (adjunta al formato original para cotizar).

La gestión comercial deberá efectuarse cada semana hasta cerrar el negocio; y, las observaciones, modificaciones, correcciones y notas deberán registrarse en la parte posterior del formulario de cotizaciones.

Este proceso permitirá mantener el 'Organizador de Cotizaciones' mensual, como una herramienta valiosa para la gestión comercial de los ejecutivos de cuenta; dentro de esta carpeta se debe incluir el formulario de cotizaciones de seguros individuales con la copia de la cotización.

La optimización de la duración de este proceso se basa en la disminución de tiempos improductivos, ya que, no se puede eliminar procesos por la

inexistencia de actividades que no agregan valor. Se debe cumplir el proceso total en 31 minutos y no en 75 como se estaba realizando.

Inicialmente, se realizaba la recepción de la solicitud en 25 minutos; con este proceso, se la debe realizar en 5 minutos, gracias a la implementación del formulario que contiene la información necesaria para llevar a cabo el proceso.

Gracias a la ayuda que representa la implementación del cotizador, el ingreso de datos al sistema, se disminuirá a 11 minutos; y, la grabación y envío de la información al cliente se mantendrá en 15 minutos.

Cientes Antiguos Renovaciones (I2)

Objetivo del Proceso:

Lograr un incremento en el porcentaje de renovaciones; en base a la emisión de cotizaciones eficaces y rápidas, según el riesgo, condiciones, coberturas, montos, forma de pago actual, políticas y disposiciones de la Empresa.

Descripción del Proceso Mejorado:

La persona encargada de renovaciones emitirá las cartas y las entregará una semana antes que comience el mes al que corresponden, a los ejecutivos de cuenta, con la finalidad que realicen una gestión comercial eficaz y a tiempo, ya que se ha detectado que la mayoría de cancelaciones se dan porque no se realiza el seguimiento respectivo o el cliente no es comunicado a tiempo que su póliza está pronta a vencer.

El ejecutivo recibirá, junto con las cartas, el listado de las mismas para que sea archivado en el 'organizador de cotizaciones', incorporando las observaciones, comentarios o notas, con respecto al seguimiento.

Existen tres posibilidades al renovar una póliza:

- ❖ Renovación en las mismas condiciones
- ❖ Renovación con aumento de montos o coberturas
- ❖ Solicitud de cancelación de la póliza

Para renovación en las mismas condiciones, el ejecutivo deberá ingresar el pago de la prima correspondiente en tesorería y la póliza será renovada automáticamente al cerrar el mes.

Para renovación con aumento de montos o coberturas, el Subgerente emitirá la aprobación cuando el ejecutivo presente las modificaciones por escrito y con firma del cliente; luego el ejecutivo deberá ingresar la nueva información al sistema y solicitará a tesorería la aplicación de la nueva prima y con el pago emitido por caja o número de transacción, automáticamente la póliza es renovada con las modificaciones solicitadas.

Al cerrar el mes, las solicitudes que han sido tramitadas con pago serán renovadas automáticamente; al resto de pólizas vencidas sin renovación, el ejecutivo deberá dar seguimiento.

El listado que está adjunto al 'organizador de cotizaciones', es emitido a partir del archivo digital y sirve como base para la gestión comercial y respaldo de información, ya que en él se deben incluir las notas del seguimiento.

Para solicitud de cancelación de la póliza, el cliente deberá entregar esta petición por escrito, dirigida a Best Seguros, para que el ejecutivo ingrese al sistema y a los archivos físicos y digitales la información, quedando así cancelada la póliza y reflejándose de esta manera al cierre de mes.

En este proceso se ocupa el mayor tiempo registrado; inicialmente, estaba previsto cumplirlo en 120 minutos; pero al optimizar la entrega de cartas por ejecutivo, se ha logrado ahorrar 30 minutos.

Se planea disminuir el proceso a 40 minutos y esto se logrará gracias a la implantación de tablas elaboradas en el sistema, que permitirán realizar cálculos y asignaciones automáticas.

Los ejecutivos deberán entregar al Subgerente de Mercadeo Masivo, al final de cada mes, un resumen de cotizaciones y renovaciones de seguros individuales, en el formato del Anexo M; esta información servirá estadísticamente y como control de la gestión comercial.

Emisión (I3)

Objetivo del Proceso:

Llevar a cabo el mayor número de emisiones de pólizas nuevas, de manera eficaz y rápida, según el esquema operativo, políticas y disposiciones de la Empresa.

Descripción del Proceso:

Los documentos detallados a continuación deben ser solicitados para proceder con la emisión de una póliza:

1. Solicitud del asegurado de acuerdo al producto que se va a emitir
2. Recibo del primer pago emitido por el departamento de cobranzas
3. Autorización de débito (cuentas bancarias, tarjetas de crédito)
4. Informe confidencial para ser llenado por el agente
5. Cotización
6. Exámenes médicos o diagnóstico del vehículo, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en la descripción del proceso de cotización.

La información suministrada en la documentación deberá ser llenada por el ejecutivo en el Anexo N, además de emitir su criterio técnico; esta información será entregada al Subgerente de Mercadeo Masivo y al médico de Best Seguros, quienes realizarán la auditoría respectiva y aprobarán el riesgo y extraprimas propuestos.

Para pólizas de vehículos se procederá de la misma forma, pero se llenará el Anexo O y la auditoría será realizada por el Subgerente de Mercadeo Masivo y el inspector designado.

El ejecutivo deberá ingresar en el sistema la información recopilada para proceder con la emisión de la póliza solicitada por el cliente.

La carátula de la póliza y sus condiciones deberán ser impresas en cuatro copias que se destinarán así: una para el documento original que se en-

trega al cliente, una para que la devuelva firmada como constancia de su aceptación, una para el agente y una para el archivo.

El documento original servirá como base para organizar la copia de la póliza que debe ser entregada al Subgerente de Mercadeo Masivo para su aprobación (firma), la misma que deberá mantener la secuencia dispuesta en los Anexos P, Q y R, según su naturaleza.

La carpeta entregada al cliente por parte del ejecutivo deberá contener la copia del agente y la copia que debe devolver firmada en constancia de su aceptación.

La persona encargada del archivo deberá recibir la copia de la póliza y condiciones, así como también la emisión, solicitud y documentos de respaldo; los mismos que serán guardados en una carpeta física.

El análisis de valor agregado de este proceso nos indicó la importancia de la recopilación de la información del cliente; por lo que, es fundamental que el ejecutivo realice el análisis técnico basado en información real y en los requisitos de asegurabilidad de la compañía; e, inmediatamente tramite las citas con el doctor o inspector, según sea el caso, para que emita el diagnóstico que deberá ser adjuntado, inmediatamente, en la carpeta del cliente para evitar pérdidas.

Es decir, para eliminar la pérdida de tiempo generada al esperar el diagnóstico, el ejecutivo manejará las ordenes de exámenes e inspección y además administrará un archivo que contenga los diagnósticos solicitados, a los que les adjuntará el informe final emitido por el médico o inspector. Para optimizar aun más este proceso, se solicitará que los resultados contengan el nombre del ejecutivo y sean entregados a cada uno de ellos.

Los informes deberán ser analizados por los departamentos respectivos para aprobar la emisión de la póliza; posteriormente, para el archivo y control, el ejecutivo deberá llenar un formato con información sobre el asegurado, montos, comisiones, ejecutivo de cuenta, número de póliza asignada y en caso de ser necesario, criterio médico o del inspector.

La revisión es considerada una actividad sin valor agregado, por lo cual fue eliminada, ya que durante todo el proceso, el ejecutivo debe analizar la información, por lo cual es improbable un error de omisión de la misma.

El tiempo utilizado en el análisis técnico puede ser optimizado únicamente si no existe la necesidad de realizar el diagnóstico médico o revisión del inspector.

Se optimiza además el tiempo para armar la carpeta, ya que durante todo el proceso se mantiene la secuencia de la documentación y se cuenta con una guía específica para el efecto.

Facturación (F1)

Objetivo del Proceso:

Emitir facturas de fácil entendimiento para los clientes, en el menor tiempo posible; y, que contengan los cálculos y valores de acuerdo a las condiciones contratadas.

Descripción del Proceso Mejorado:

Aproximadamente, el 70% de las facturas emitidas son automáticas, es decir, que dependen directamente de la información registrada en el sistema. Como se indicó anteriormente, el proceso tiene una duración de 90 minutos.

Las facturas sumarias ocupan aproximadamente 15 minutos para su emisión; por lo cual, se propone aplicarlas para optimizar el tiempo utilizado en este proceso.

Estas facturas no se registran en el sistema, por lo cual se plantea aplicarlas para pólizas nuevas y renovaciones, aunque se debe tomar las siguientes precauciones que evitarán inconvenientes en el caso de presentarse un siniestro: los ejecutivos de cuenta, de siniestros y el cliente deben negociar en conjunto las condiciones particulares y documentos probatorios que deben tener constancia escrita en la póliza al momento de su emisión o endoso de renovación; además, el ejecutivo de cuenta deberá archivar la documentación de respaldo con la que fue emitida la factura.

Si el cliente solicita la emisión de la factura automática, se procederá a emitirla, una vez establecidas las fechas para la recepción de la información del registro de movimientos en las pólizas en el sistema; estas fechas y observaciones deben constar por escrito dentro de las condiciones particulares de la póliza.

Con el fin de optimizar el trabajo operativo del ejecutivo de cuenta, se plantea disminuir la facturación automática en un promedio del 20% aproximadamente.

A continuación se detalla el proceso mejorado de facturación:

En base al Anexo S, cada ejecutivo deberá mantener un control de facturación de su cartera, que sirva además como un registro de los endosos emitidos, vigencias y tipo de facturación de cada cuenta.

La información para facturar deberá ser receptada hasta el 25 de cada mes por cada ejecutivo; y, en base a ella, deberá realizar las modificacio-

nes solicitadas; ya que, después de esto, el sistema emitirá la factura automáticamente.

El sistema 'sise launcher' factura por días asegurados, por lo que presenta una opción para que el ejecutivo ingrese los datos de la factura: vigencia, monto, tasa y número de personas; y, automáticamente se genere la prima neta en base a los días a facturar; la misma que debe ser idéntica a la que consta en la factura; lo cual debe ser comprobado por el ejecutivo de cuenta.

El endoso de la factura debe imprimirse por duplicado, ya que una copia será entregada al cliente y la otra, junto a la carta de detalle (Anexo T) será entregada al agente.

Para registrar la elaboración y entrega de la factura, el ejecutivo debe indicar el número de endoso en el control de facturación.

El ejecutivo podrá optimizar la administración de su cartera; ya que el control de facturación le permitirá tener un registro actualizado y veraz de las pólizas facturadas cada mes, las pendientes y las canceladas.

Cancelaciones (CA1)

Objetivo del Proceso:

Mantener un esquema operativo que permita emitir cancelaciones de manera eficaz y en el menor tiempo posible.

Descripción del Proceso:

La petición de cancelación de una póliza debe ser comunicada de manera escrita por parte del cliente al ejecutivo de cuenta.

Existen dos opciones para la cancelación de pólizas, por lo cual el ejecutivo deberá realizar la revisión del estado de pagos antes de proceder a tramitarla:

- ❖ Cancelación con devolución de primas pagadas por anticipado
- ❖ Cancelación sin devolución (pago mensual)

Cuando el cliente tiene primas pagadas por anticipado, el ejecutivo deberá realizar los cálculos correspondientes y solicitar a cobranzas la emisión de un cheque por dicho valor, se comunicará al cliente para que lo retire y se procederá con el endoso de cancelación.

Si el cliente realiza pagos mensuales no registrará valores a devolver y se procederá a la cancelación directamente.

En todos los procesos se realizan controles de la información ingresada al sistema, por lo que, al solicitar la cancelación de la póliza no se deberá realizar revisiones minuciosas, lo cual junto a la eliminación de actividades innecesarias y desorganización, permite reducir el tiempo del proceso, de 65 minutos a 36.

Para evitar dobles indemnizaciones y pérdida de tiempo en los procesos, se deberá entregar a la persona encargada del archivo una copia del endoso de cancelación que deberá ser adjuntado en la carpeta física del cliente, la misma que será reorganizada, egresando del archivo de vigentes hacia el de cancelaciones.

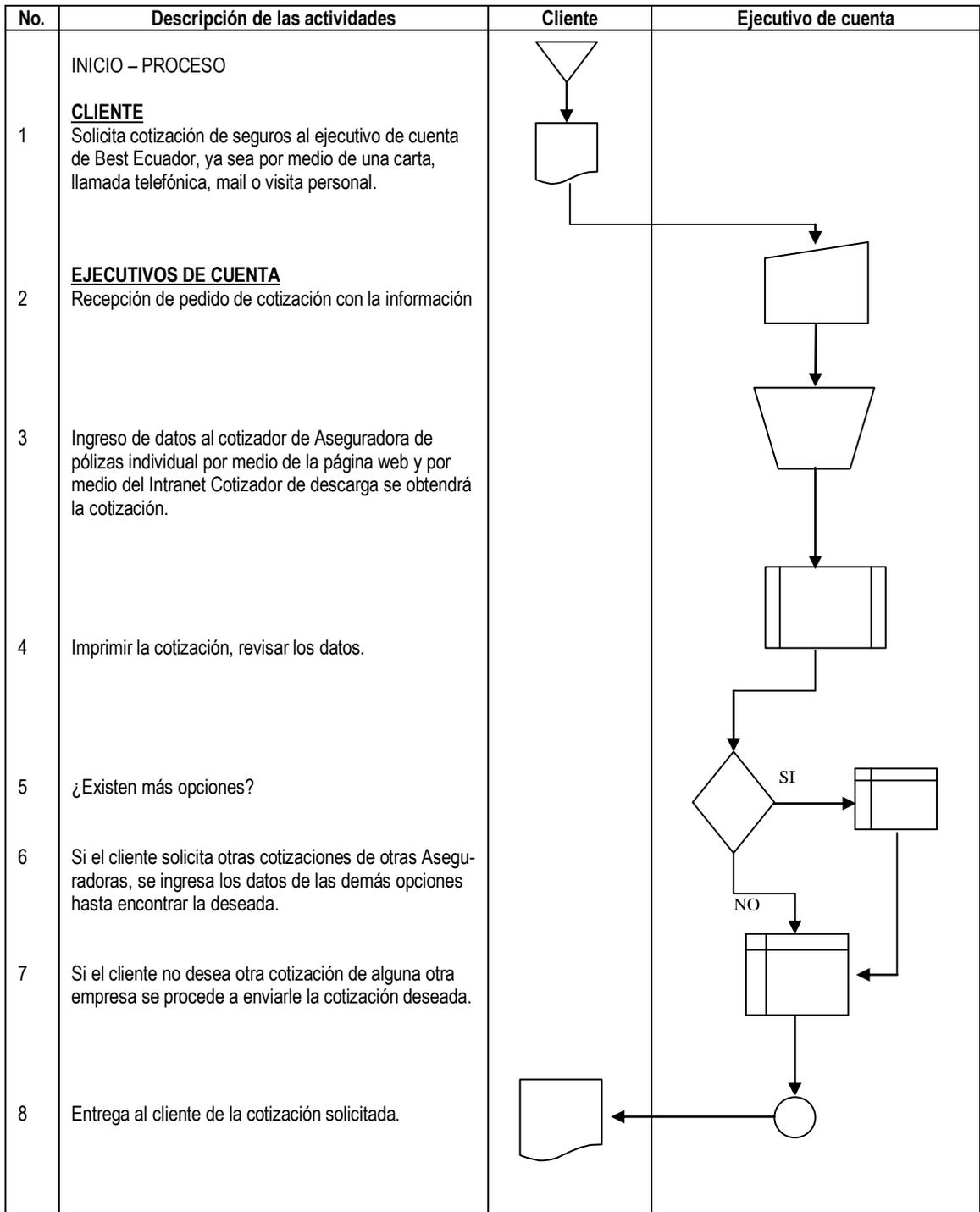
7.2.4 Diagramas de Flujo Mejorados

Gráfico No.13: Cotización Seguros Individuales (Proceso Mejorado)

Diagrama de Flujo de Actividades (Proceso mejorado)

Proceso de: Mercado Masivo

Sub Proceso de: Cotización de Seguros Individuales (I1)



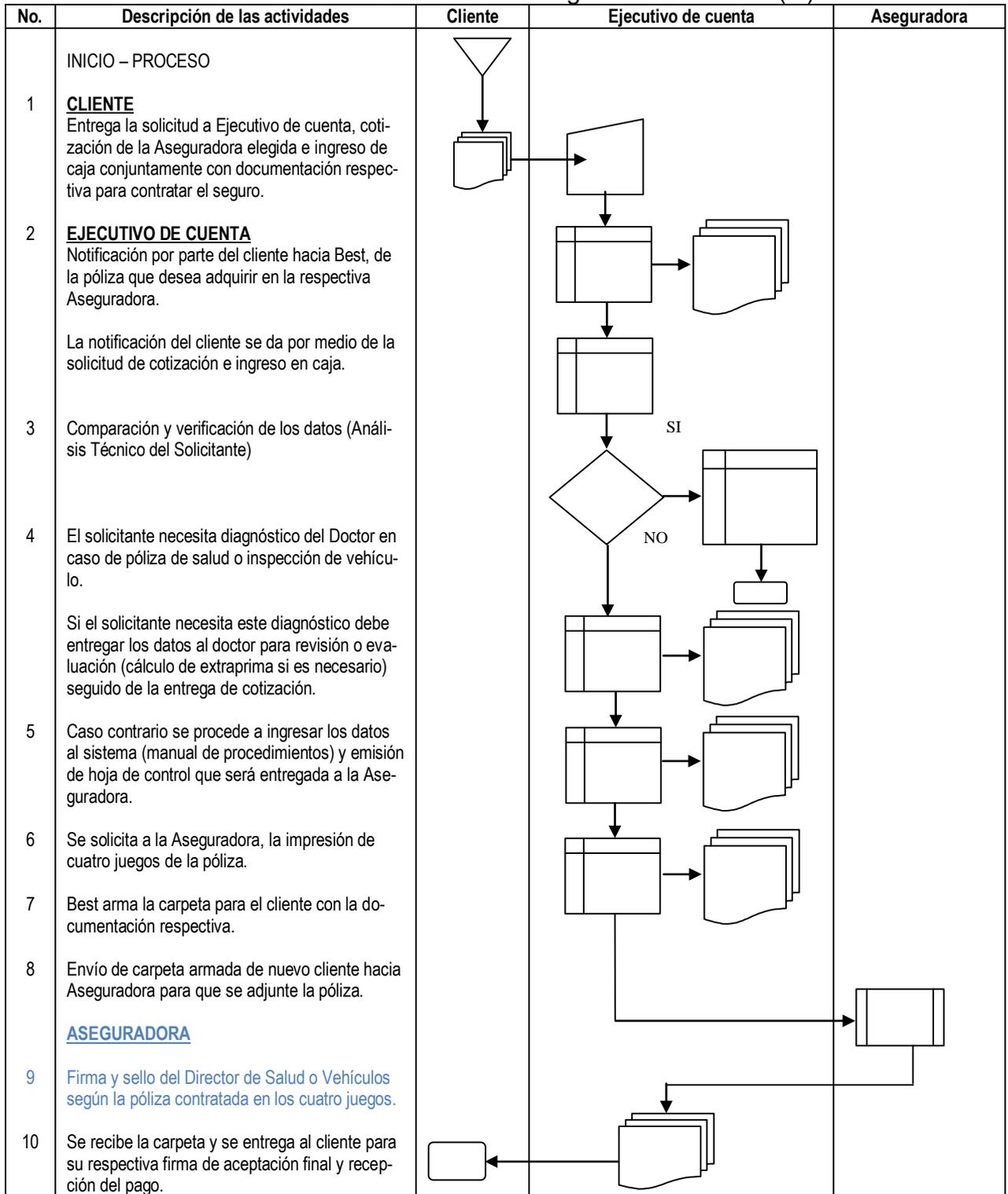
Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Gráfico No.14: Emisión Seguros Individuales (Proceso Mejorado)

Diagrama de Flujo de Actividades (Proceso mejorado)

Proceso de: Mercado Masivo

Sub Proceso de: Emisiones de Seguros Individuales (I3)



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.43: Cotización Seguros Individuales (Proceso Mejorado)

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Individuales
Nombre del Proceso: Cotizaciones
Subproceso: Cotizaciones Clientes Nuevos (11)

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Tiempo de proceso (min)
1	Recepción de la solicitud para la cotización		X	5
2	Ingresar los datos e información al cotizador de la página web	X		11
3	Grabar la cotización y enviar al cliente	X		15
Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez			Total	31

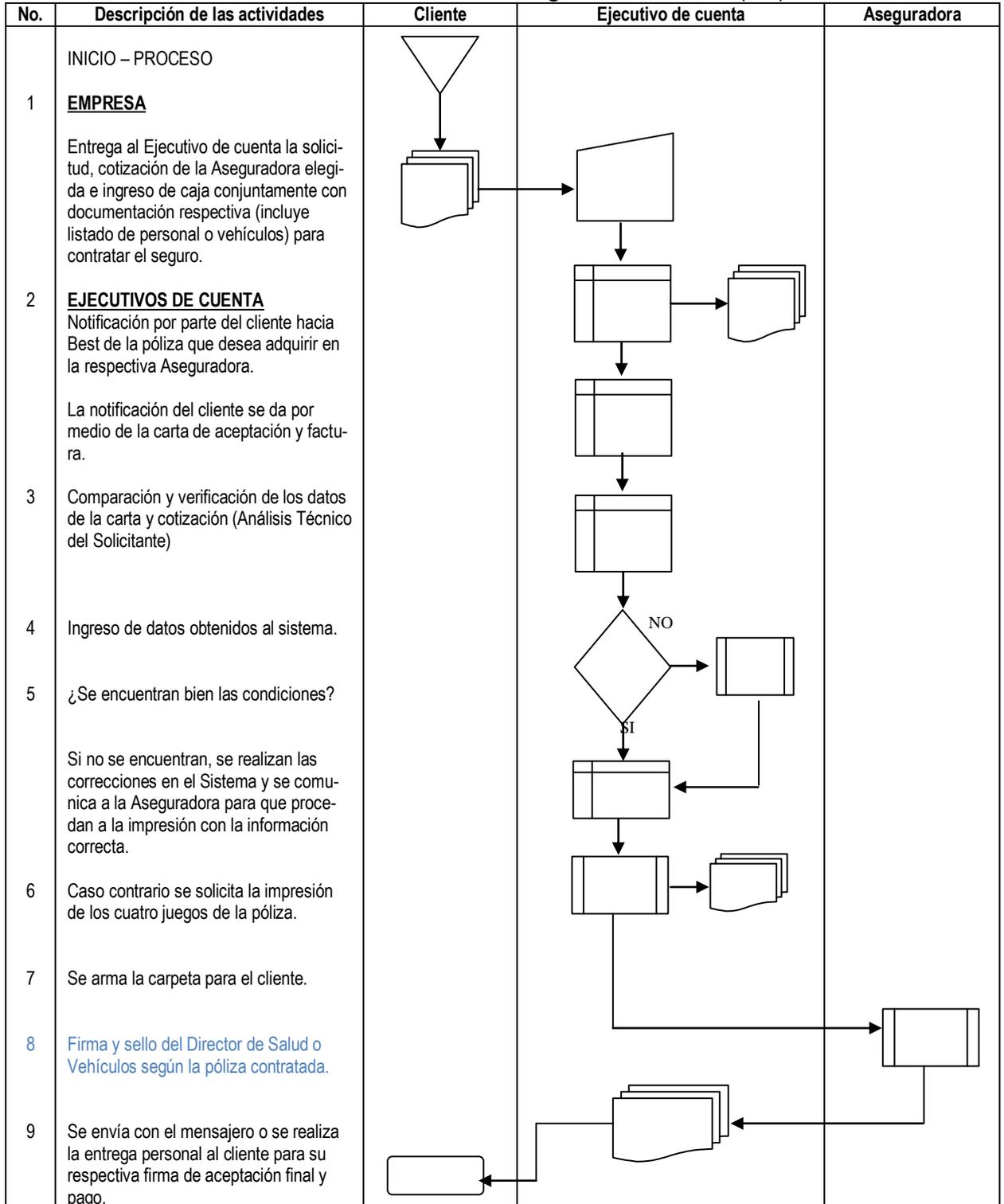
Tabla No.44: Emisión Seguros Individuales (Proceso Mejorado)

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Individuales
Nombre del Proceso: Emisiones
Subproceso: Pólizas Clientes Nuevos (13)

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Tiempo de proceso (min)
1	Notificación del cliente		X	4
2	Análisis Técnico de la solicitud para la emisión		X	8
3	Emisión de la póliza		X	7
4	Impresión y armado de carpeta para cliente	X		6
5	Entrega al cliente	X		15
Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez			Total	40

Gráfico No.15: Emisión Seguros Colectivos (Proceso Mejorado)

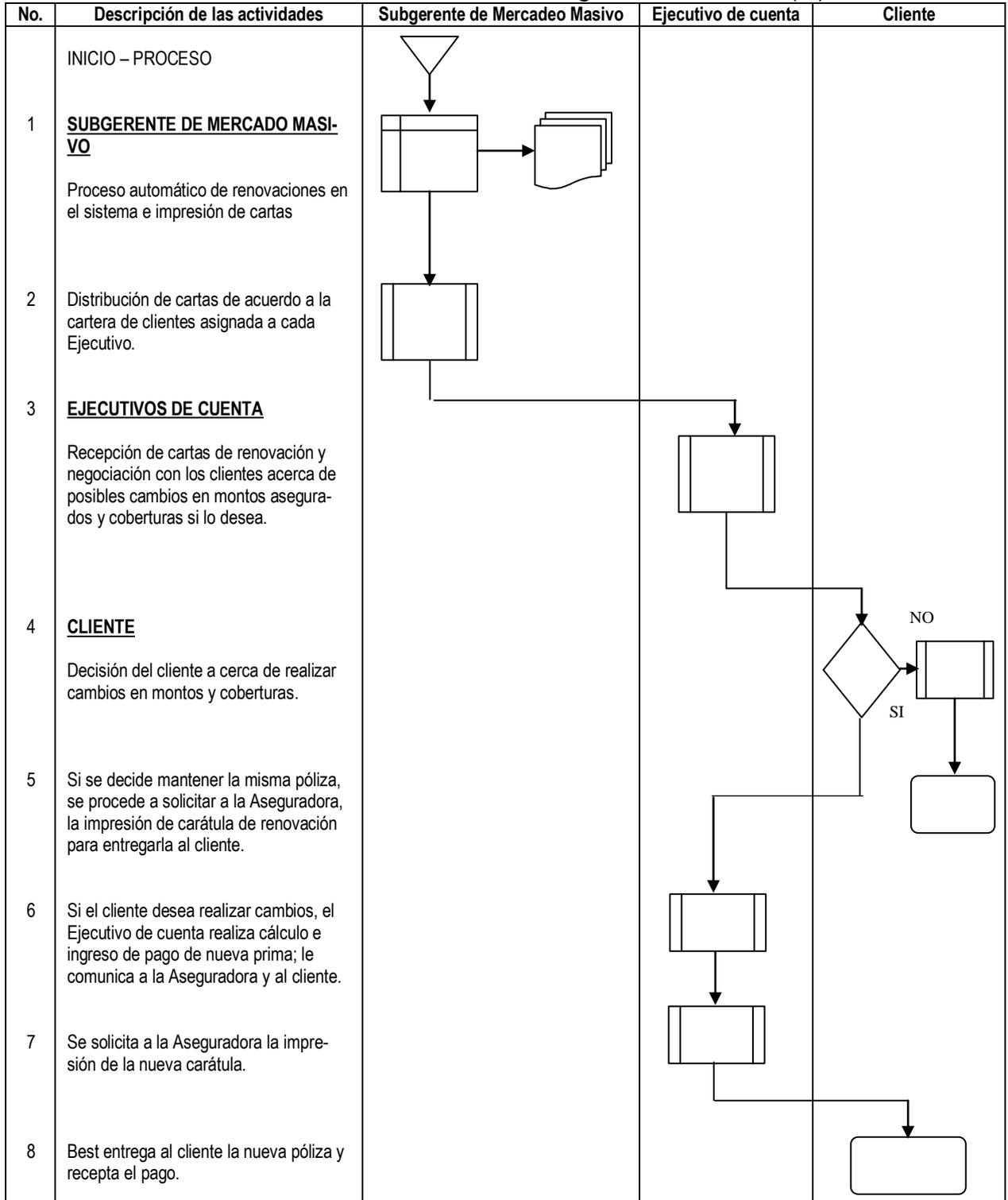
Diagrama de Flujo de Actividades (Proceso mejorado)
Proceso de: Mercado Masivo
Sub Proceso de: Emisiones de seguros colectivos (C3)



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Gráfico No.16: Renovación Seguros Individuales (Proceso Mejorado)

Diagrama de Flujo de Actividades (Proceso mejorado)
 Proceso de: Mercado Masivo
 Sub Proceso de: Renovaciones de seguros individuales (12)



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.45: Emisión Seguros Colectivos (Proceso Mejorado)

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Colectivos
Nombre del Proceso: Emisiones
Subproceso: Pólizas Clientes Nuevos (C3)

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Tiempo de proceso (min)
1	Notificación al cliente		X	5
2	Ingreso de los datos al Sistema para la emisión		X	9
3	Carpeta para el cliente	X		10
4	Entrega al cliente	X		15
Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez			Total	39

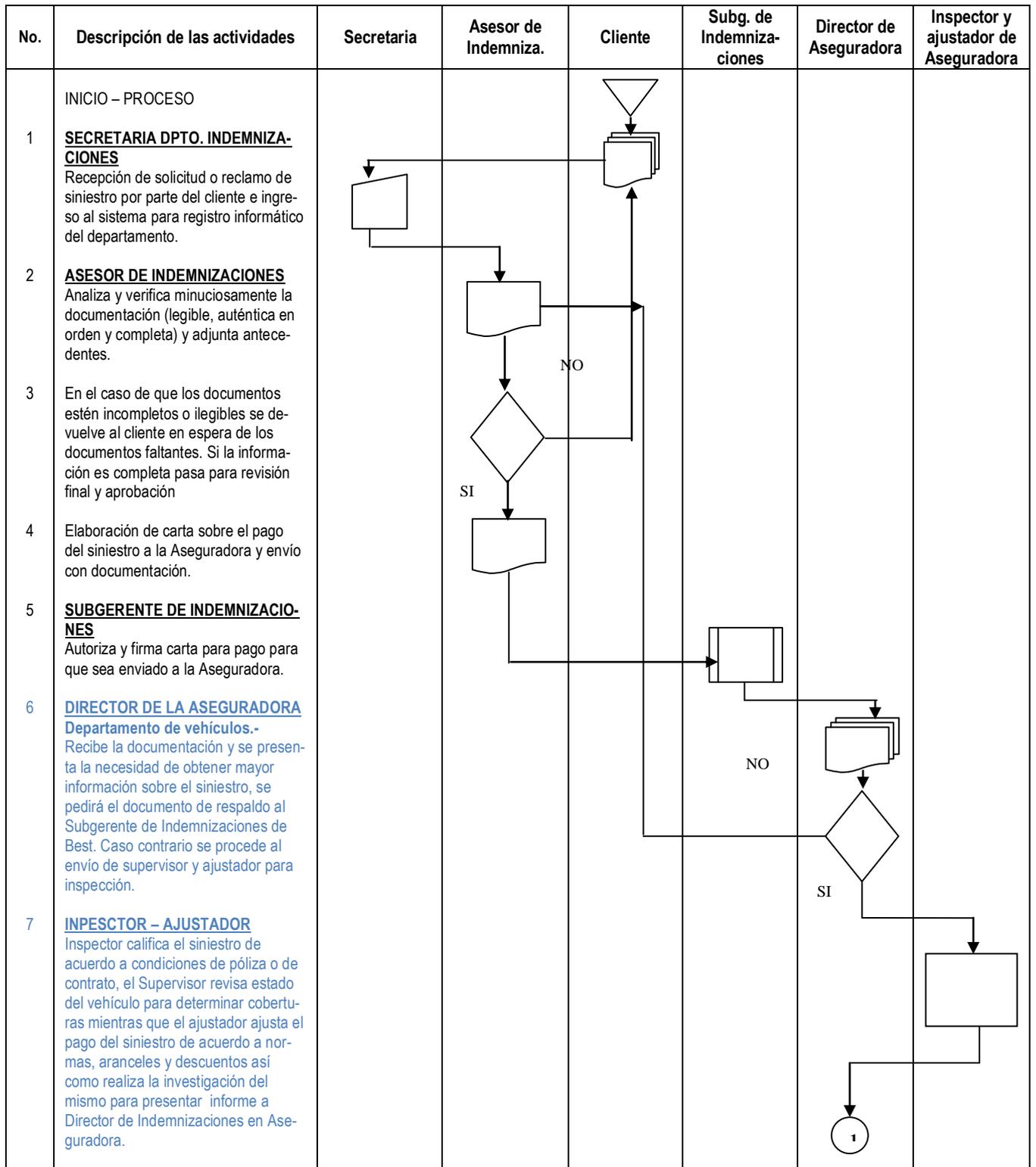
Tabla No.46: Renovación Seguros Individuales (Proceso Mejorado)

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Individuales
Nombre del Proceso: Cotizaciones
Subproceso: Cotizaciones C. Antiguos – Renovaciones (I2)

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Tiempo de proceso (min)
1	Entrega de Cartas por Renovación divididas por Ejecutivo	X		15
2	Cambios de montos y coberturas	X		12
3	Ingreso del pago de la Prima		X	8
4	Impresión de la carátula de renovación	X		5
Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez			Total	40

Gráfico No.17: Indemnización de Vehículos - Proceso Mejorado

Diagrama de Flujo de actividades (Proceso Mejorado)
 Proceso de: Indemnizaciones de vehículos (V)



No.	Descripción de las actividades	Secretaria	Asesor de Indemniza.	Cliente	Subg. de Indemniza- ciones	Director de Aseguradora	Inspector y ajustador de Aseguradora
8	DIRECTOR DE ASEGURADORA.- Departamento de Vehículos Recibe informes de ajustador e inspector, autoriza la indemnización con sus respectivas explicaciones.						
9	Si tiene la Aseguradora convenio con algún taller o concesionario de vehículos se cancela directamente la factura y se envía una carta de autorización de salida de vehículo de concesionario a cliente. Caso contrario se emite un cheque a favor del cliente y se envía al Sugerente de Indemnizaciones de Best para su entrega, ajunto informe y liquidación de siniestro para revisión.						
10	SUBGERENTE DE INDEMNIZA- CIONES Recepción de carta o de autorización de salida de vehículo y liquidación del caso.						
11	Evaluación del pago de siniestro en base a aranceles, descuentos y beneficios; es decir hacer un filtro para comprobar que los valores cubiertos y pagados sean justos. Caso contrario devolverlos al Director de la Aseguradora para su ajuste y finalmente dar la explicación debida al cliente.						
12	CLIENTE Recepción de cheque o carta de salida de vehículo de concesionario con la correspondiente explicación de montos cubiertos y valores liquidados por parte de la Aseguradora respectiva.						

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

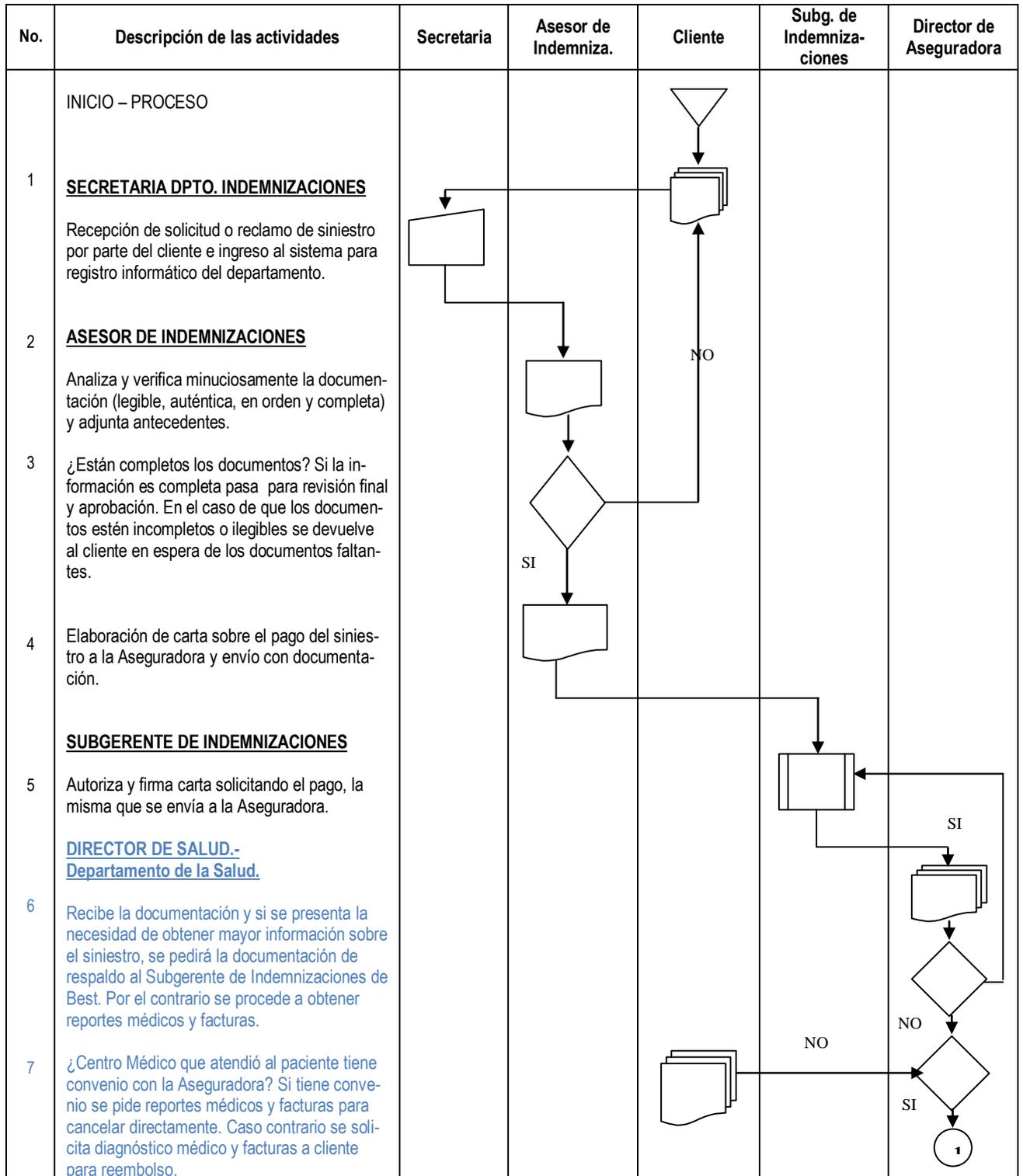
Tabla No.47: Indemnización de Vehículos (Proceso Mejorado)

Departamento: Vehículos
Ramo: Individual y Colectivos
Nombre del Proceso: Indemnizaciones

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Tiempo de proceso (min)
1	Recepción de solicitud o reclamo de siniestro por parte del cliente	X		5
2	Si los documentos están incompletos o ilegibles, se devuelve al cliente. Caso contrario se pasa al Subgerente para revisión final y aprobación.	X		4
3	Cliente recoleta documentos faltantes para presentar de nuevo el reclamo	X		2.880
4	Subgerente revisa y comprueba que la documentación esté legible, auténtica, en orden y completa.		X	20
5	Subgerente participa en todo el proceso, aprueba y firma carta.		X	4
6	Director de Aseguradora recibe, revisa y analiza carta con documentos.		X	20
7	Si Director necesita mayor información de siniestro, pide documentos de respaldo a Subgerente de Best. Sino se procede a envío de supervisor y ajustador para revisión.		X	10
8	Inspector califica el siniestro para determinar coberturas y ajustador ajusta el pago del siniestro y realiza investigación del mismo. Presentación de informe a Aseguradora.		X	1.440
9	De acuerdo a informe, inspector y ajustador. Director emite informe donde aprueba o niega el siniestro con explicaciones y montos a cubrir		X	300
10	Si tiene la Aseguradora convenio con algún concesionario cancela directamente la factura y envía carta de autorización de salida de vehículo a cliente. Si no se emite un cheque a favor del cliente y se envía al Subgerente de Best para su entrega. Adjunto informe y liquidación.		X	15
11	Arreglo total o entrega de partes correspondientes o de nuevo vehículo del concesionario al cliente.	X		8.640
12	Subgerente evalúa pago del siniestro en base a aranceles, descuentos y beneficios para que valores sean justos. Caso contrario devuelve a la Aseguradora para su ajuste.		X	60
13	Entrega de cheque o carta de salida de vehículo y explicaciones del caso hacia Best y este a su vez al cliente.	X		240
Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez			Total	13.638

Gráfico No.18: Indemnización de Salud (Proceso Mejorado)

Diagrama de Flujo de actividades (Proceso Mejorado)
Proceso de: Indemnizaciones de Salud (S)



No.	Descripción de las actividades	Secretaria	Asesor de Indemniza.	Cliente	Subg. de Indemnizaciones	Director de Aseguradora
8	<u>DIRECTOR DE ASEGURADORA.-</u> <u>Departamento de salud.</u>					
9	Se realiza auditoria médica por parte de la Aseguradora.					
10	<u>SUBGERENTE DE SALUD BEST</u>					
11	En cualquiera de los dos casos, el Subgerente debe corroborar la decisión mediante una nueva auditoría médica exclusiva de Best en base a aranceles, beneficios y descuentos.					
12	<u>CLIENTES</u>					

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

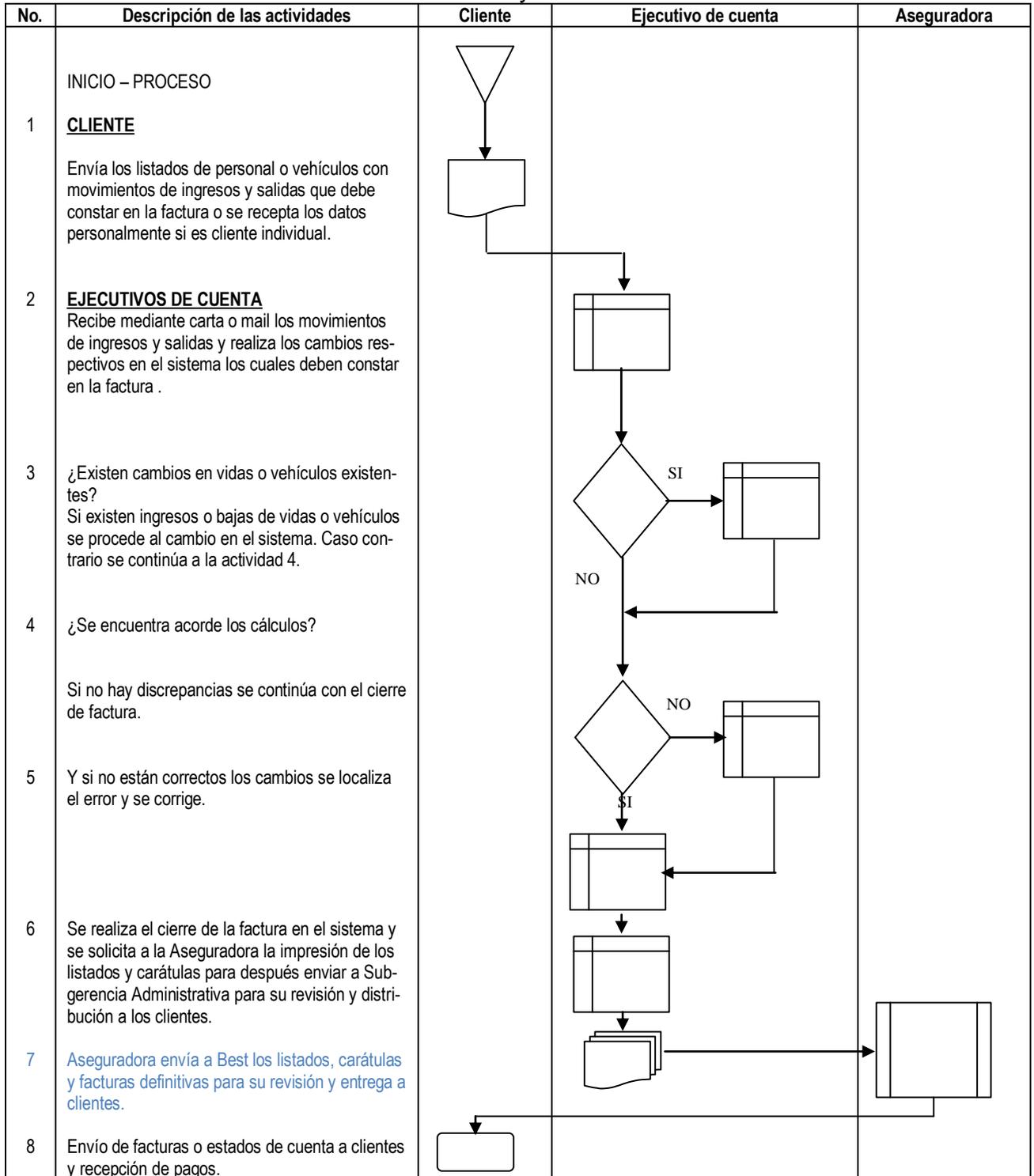
Tabla No.48: Indemnización de Salud (Proceso Mejorado)

Departamento: Salud
Ramo: Individual y Colectivos
Nombre del Proceso: Indemnizaciones

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Tiempo de proceso (min)
1	Recepción de solicitud o reclamo de siniestro por parte del cliente	X		5
2	Subgerente revisa y comprueba que la documentación esté legible, auténtica, en orden y completa.		X	10
3	Si los documentos están incompletos o ilegibles, se devuelve al cliente. Caso contrario pasa al asesor.	X		6
4	Cliente recolecta documentos faltantes para presentar de nuevo el reclamo.	X		1.440
5	Asesor ingresa datos al sistema		X	10
6	Director de Aseguradora recibe, revisa y analiza carta con documentos		X	25
7	Si Director necesita mayor información del siniestro, pide documentos de respaldo a Subgerente de Best. Sino se procede a obtener reportes médicos y facturas.		X	15
8	Si tiene la Aseguradora convenio con centro médico se cancela directamente la factura. Sino se pide diagnóstico médico y facturas a cliente para reembolso.		X	15
9	Se realiza auditoría médica por parte de la Aseguradora.		X	2.880
10	Si está en cobertura se determinan montos a pagar. De lo contrario se niega el caso.			240
11	Subgerente de Best corrobora decisión mediante nueva auditoría médica exclusiva de la Empresa en base a aranceles, beneficios y descuentos.		X	600
12	Si concuerdan auditorías se comunica la aceptación a la Aseguradora para que emita el pago. Caso contrario se emite un informe hacia Aseguradora para ajustes.	X		60
13	Entrega de cheque o autorización de salida de centro médico a Best, quien a su vez le entregará al cliente.	X		20
			Total	5.326

Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

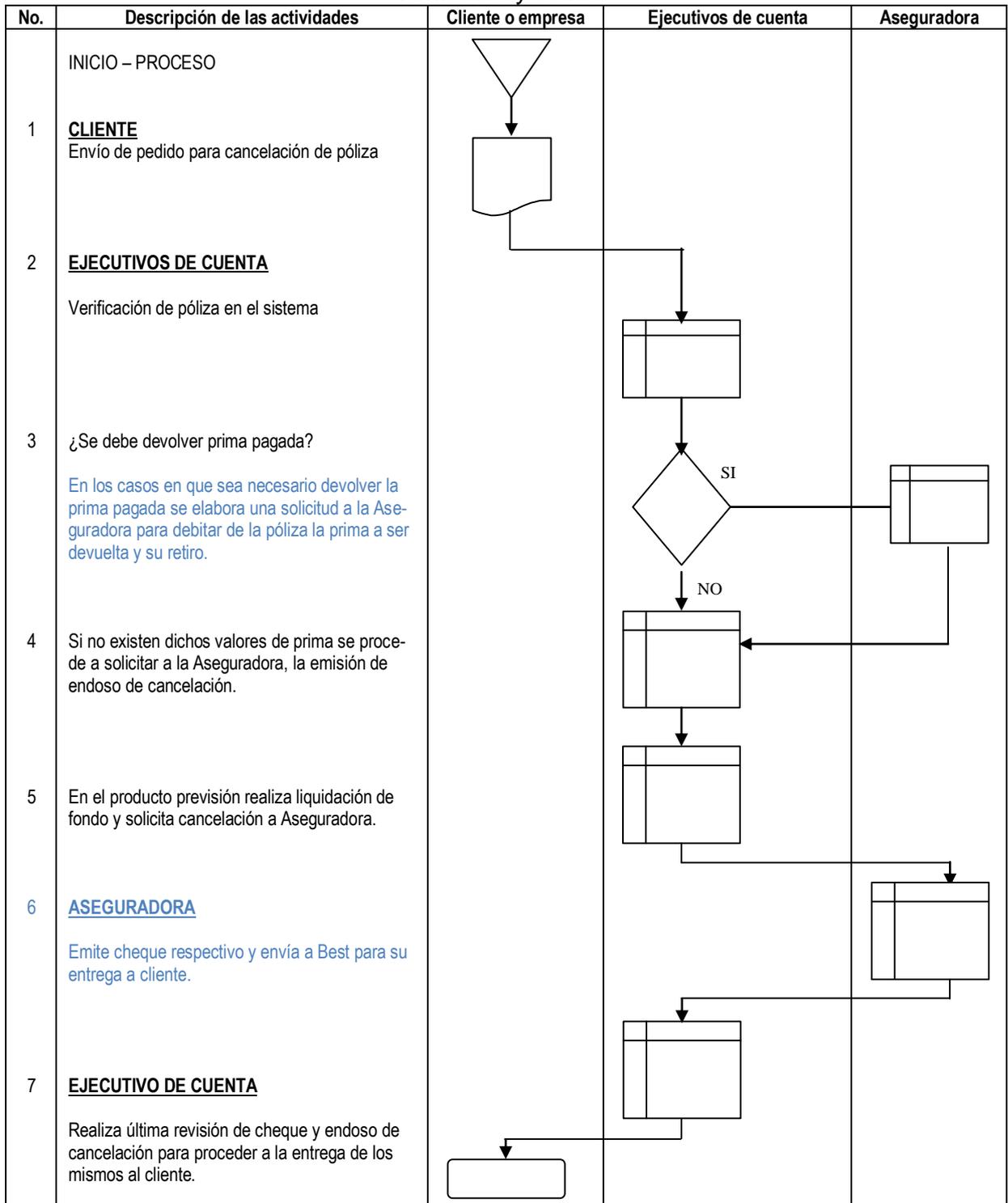
Gráfico No.19: Facturación (Proceso Mejorado)
Diagrama de Flujo de Actividades (Proceso mejorado)
Proceso de: Mercado Masivo
Sub Proceso de: Facturación de seguros individuales y colectivos (F1)
Vehículos y Salud



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Gráfico No.20: Cancelación (Proceso Mejorado)
Diagrama de Flujo de Actividades (Proceso mejorado)
Proceso de: Mercado Masivo

Sub Proceso de: Cancelación de pólizas individuales y colectivas (CA1)
Vehículos y Salud



Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez

Tabla No.49: Facturación (Proceso Mejorado)

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Individuales
Nombre del Proceso: Facturación
Subproceso: Automática (F1)

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Tiempo de proceso (min)
1	Recepción de los listados para facturar	X		15
2	Cambios de vidas o vehículos en el Sistema		X	20
3	Cierre de la factura (factura final)		X	15
4	Envío de la factura el cliente	X		17
Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez			Total	67

Tabla No.50: Cancelación (Proceso Mejorado)

Departamento: Mercadeo Masivo
Ramo: Seguros Individuales
Nombre del Proceso: Emisiones
Subproceso: Cancelaciones (CA1)

Ítem	Actividad	Valor Agregado Real (VAR)	Valor Agregado Empresa (VAE)	Tiempo de proceso (min)
1	Notificación del cliente		X	6
2	Verificación de la póliza en el sistema		X	12
3	Emisión del endoso de cancelación		X	10
4	Devolución de ahorro / prima	X		8
Elaborado por: Paola Aguilar Rodríguez			Total	36

CAPITULO 8

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A lo largo de este estudio se ha realizado el análisis y estudio del mejoramiento de los distintos aspectos de los procesos operativos de la empresa asesora de seguros Best Ecuador; a partir del mismo se ha llegado a las siguientes conclusiones y se propone las recomendaciones detalladas a continuación.

8.1. Conclusiones

- ❖ No se puede incrementar sustancialmente el grado de satisfacción del cliente externo y por consiguiente aumentar las ventas, ya que las personas involucradas en los procesos de indemnizaciones de vehículos y salud, así como también los de Mercadeo Masivo (cotización, emisión, facturación y cancelación) no realizan sus actividades enfocadas a los objetivos estratégicos, volviendo a estos procesos ineficientes, poco confiables y con un alto desperdicio de recursos.
- ❖ La empresa en su conjunto, no tiene procesos eficientes, efectivos y adaptables; ya que no ha establecido, hasta el momento, los siguientes tres pasos: análisis de los procesos definiendo responsables, límites estándar y diagramas; definición del mejoramiento por medio de análisis de resultados, estudio de problemas y mejoramiento de los mismos mediante la generación del valor agregado y eliminación de tareas que no aportan valor; y, realización de mediciones, controles, sistemas de retroalimentación, periodos para auditorías de revisión y estrategias para el éxito del mejoramiento.

- ❖ La empresa, al momento, no forma parte del liderazgo competitivo de la industria, ya que no es adaptable a la demanda actual y las exigencias del mercado; la ausencia de flexibilidad y adaptación al medio no permiten satisfacer a cabalidad las expectativas del cliente con respeto a sus necesidades.
- ❖ Una empresa de éxito es aquella que mantiene una organización plenamente comunicativa, de manera que sus objetivos, metas y procesos sean claros para cada individuo, permitiendo que su esfuerzo se encamine al cumplimiento de los mismos y por consiguiente al logro de la estrategia pre-definida.
- ❖ Best Seguros mantiene una estructura tradicional que necesita modificar; implantar una cultura organizacional que se fundamente en el trabajo en equipo, en la colaboración de cada individuo y la interrelación de todas las actividades que se llevan a cabo en los procesos, de manera que pueda adaptarse al mercado, brindando satisfacción a sus clientes mediante el cumplimiento de los estándares impuestos por ellos.
- ❖ La economía globalizada en la que nos desempeñamos actualmente encamina a las empresas a un cambio de paradigma en su gestión. Tradicionalmente se manejaban organizaciones rígidas y con poca dinámica en la que primaba el diagrama de pirámide, permitiendo que los niveles superiores se encarguen de planificar, dirigir, coordinar y controlar, mientras que los niveles inferiores se limitaban a cumplir con lo dispuesto. Actualmente, se manejan organizaciones en red que son entes descentralizados con menos niveles jerárquicos que otorgan poder de decisión a los niveles operativos y cuya característica principal es que genera conocimientos a los individuos que son parte de la

compañía que es manejada con procesos flexibles y eficaces que cumplen con las expectativas de sus clientes.

- ❖ La efectividad de una compañía no solo se mide por su estructuración por procesos sino por la adaptabilidad de los mismos frente a las necesidades del cliente y a la minimización del uso de recursos; de manera que logre los resultados deseados en base a la demanda actual del mercado.
- ❖ Una compañía cuya estructura sea por procesos, permite identificar para cada actividad, las funciones, objetivos, responsables, límites, políticas, controles, medidas de evaluación y estándares; lo cual facilita la aplicación de su estrategia en miras a alcanzar el éxito de las metas planteadas.
- ❖ Las compañías estructuradas por procesos, pueden controlar los cambios extrínsecos que se presenten, apoyar a la adaptabilidad de la organización y predecir futuras modificaciones en la demanda del mercado.
- ❖ La lealtad de los clientes se genera cuando la empresa tiene flexibilidad para adaptarse a los requerimientos del mercado en base a la interrelación que estos tengan con los estándares establecidos.
- ❖ La empresa busca mejorar sus costos y el liderazgo en la industria, gracias a la estandarización de sus procesos, poniéndolos a consideración de sus empleados para que ellos ejecuten sus actividades eficaz y efectivamente enfocados al logro de los objetivos empresariales.
- ❖ La automatización permite que las actividades sean realizadas de una forma más ágil, mientras que el rediseño es una herramienta que permite la mejora continua determinando lo que se puede hacer y lo que

se puede mejorar, apoyándose en la innovación y la creatividad, ofreciéndole a la empresa los instrumentos para acabar con la cultura tradicionalista y crear nuevas formas de trabajo orientadas al éxito.

- ❖ El cumplimiento de los objetivos definidos en el plan estratégico depende de la orientación de las mejoras en los procesos críticos de Best Seguros; a continuación una disertación sobre el tema.
- ❖ Las actividades de los procesos realizados en cada área deben contribuir al crecimiento institucional, esto puede ser fácilmente logable si se mejora la eficiencia en las áreas y se incrementa la productividad; poniendo énfasis en los procesos de Mercadeo Masivo.
- ❖ El enfoque de la metodología, asegura que el mejoramiento se dirija y enfoque a las áreas potencialmente débiles de la empresa, permitiendo que estos esfuerzos de mejoramiento apoyen y den paso al éxito de la estrategia.
- ❖ El plan de mejoramiento propuesto asegura que la empresa incrementará sus índices: crecimiento 7 puntos, rentabilidad 18% y ventas 40% anual.
- ❖ Según lo expuesto en el capítulo VII, la implementación del plan de mejoramiento propuesto, permitirá que Best Seguros minimice sus costos operativos en un 35% mensual.

8.2. Recomendaciones

- ❖ La nueva cultura organizacional de Best Seguros se basará en los procesos; y, se debe capacitar y guiar al recurso humano de la compañía para que este nuevo paradigma permite implantar una nueva

forma de trabajo, eliminando de raíz viejos criterios que no permiten el logro exitoso de los objetivos empresariales.

- ❖ Este estudio propone un plan de mejoramiento de los procesos basado en una metodología que ha demostrado ser altamente efectiva, por lo que, sería recomendable que la empresa lo implante y asegure su continuidad.
- ❖ Las personas encontramos dificultad en el cambio de paradigmas; por lo que, al implantar el proceso de mejoramiento propuesto, el responsable de cada área deberá encargarse de controlar que los individuos a su cargo cumplan lo establecido y lo deberá hacer hasta que se logre el cambio profundo y total de la cultura organizacional.
- ❖ Best Seguros debe comprender la importancia de la retroalimentación por parte de los clientes o usuarios finales; para lo cual, deberá continuamente realizar evaluaciones de la satisfacción y nuevos requerimientos de los mismos, mediante el uso de encuestas similares a las utilizadas en el presente estudio.
- ❖ Se recomienda la creación e implantación de la página web de la compañía, lo cual permitirá a los usuarios, acceder a información básica de la empresa y especializada (cotizaciones en línea).
- ❖ Una vez mejorados y documentados los procesos del área comercial, se deberá capacitar periódicamente al personal, de manera que sean capaces de administrar el software de manera rápida y eficaz.
- ❖ Sería importante que se nombre un responsable de cada actividad, el mismo que desarrollará y actualizará un manual detallado sobre el proceso a su cargo; de manera, que todas las personas de la compañ-

ía puedan realizar cualquier labor, basándose en una guía confiable y veraz.

- ❖ Con respecto al personal de la compañía, en especial el del área comercial, es recomendable capacitarlos periódicamente en temas como: motivación y conocimiento personal, servicio al cliente, atención telefónica y telemarketing, venta efectiva, relaciones humanas, técnicas de archivo y administración por procesos.
- ❖ Para evitar o disminuir potencialmente los desperdicios, se recomienda controlar y vigilar permanentemente cada proceso, de manera que se mantenga el rango de reducción en los costos operativos.
- ❖ No solo se recomienda llevar a cabo el proceso de mejoramiento propuesto, sino que además, se realicen evaluaciones de los procesos semestralmente, de manera que se puedan corregir nuevos errores, se mejoren tiempos y se ahorren recursos; todo esto, en miras de mantener los estándares de excelencia en el servicio.

ANEXOS

ANEXO A MODELO ENCUESTA MAPEO DE PROCESOS

1. Objetivo de mi puesto

2. Personas a las que controlo

3. Personas que me controlan

4. Tareas que desempeño (detallar en forma específica las tareas que realiza y personas con las que coordina):

Diarias:

Semanales:

Quincenales:

Mensuales:

Otros:

Nombre: _____

Cargo: _____

ANEXO B
**MODELO DE ENCUESTA REALIZADA A EJECUTIVOS DE CUEN-
 TA**

1. ¿Indique el número de cuentas que tiene asignada a su cartera?

	Seguros Colectivos	S. Individuales
1-10	_____	_____
11-20	_____	_____
21-30	_____	_____
31 o más	_____	_____

2. Indique el número de cotizaciones que realiza mensualmente

	Seguros Colectivos	S. Individuales
1-10	_____	_____
11-20	_____	_____
21-30	_____	_____
31 o más	_____	_____

3. Señale el número de emisiones (pólizas nuevas) que realiza al mes

	Seguros Colectivos	S. Individuales
1-10	_____	_____
11-20	_____	_____
21-30	_____	_____
31 o más	_____	_____

4. Señale el número de renovaciones que realiza al mes

	Seguros Colectivos	S. Individuales
1-10	_____	_____
11-20	_____	_____
21-30	_____	_____
31 o más	_____	_____

5. Señale el número de facturas que emite mensualmente

	Seguros Colectivos	S. Individuales
1-10	_____	_____
11-20	_____	_____
21-30	_____	_____
31 o más	_____	_____

6. Conoce usted todos los procesos que tiene a su cargo

Si: _____

No _____

Por qué _____

7. ¿Qué capacitación recibió usted para realizar los procesos a su cargo?

8. ¿Qué le impide realizar un trabajo operativo libre de errores? (señale 3 opciones)

- Falta de tiempo
- Falta de conocimiento
- Falta de recursos
- Inadecuada distribución de tareas
- Procesos operativos deficientes
- Falta de comunicación
- Procesos operativos muy largos

9. ¿Qué puede hacer para facilitar su trabajo operativo?

10. ¿Qué recomendaciones daría usted para mejorar el servicio y optimizar las actividades que realiza con respecto a estos procesos?

- Cotización _____
- Emisión _____
- Facturación _____
- Otros _____

11. ¿Cree necesario la aplicación de un plan de mejoramiento de los procesos en donde se reestructure los procesos operativos más críticos?

12. Determine en minutos el tiempo aproximado de duración para los siguientes procesos:

	COLECTIVOS minutos	INDIVIDUALES minutos
Cotización	_____	_____
Renovación	_____	_____
Emisión	_____	_____
Facturación	_____	_____
Cancelación	_____	_____

13. ¿De acuerdo a su calificación en la pregunta anterior cree que los procesos más críticos son factibles de realizarse en menor tiempo?

Si: _____

No: _____

Por qué: _____

ANEXO C

MODELO DE ENCUESTA REALIZADA A CLIENTES DIRECTOS

Empresa a la que representa: _____
 Cargo y área en la que trabaja: _____

1. Especifique el tipo de seguro que tiene contratado

Seguros Colectivos _____

Seguros Individuales _____

2. ¿Cuántas y qué clase de pólizas tiene contratadas con Best Seguros S.A?

Vehículo _____

Salud _____

Vida _____

3. Indique que número de cotizaciones realiza mensualmente

0-5 _____

6-10 _____

11-15 _____

4. Indique el número de emisiones que realiza en el mes

0-5 _____

6-10 _____

11-15 _____

5. Tiene relación con otras empresas de seguros:

Si _____

No _____

6. Según su criterio califique el servicio de Best Seguros S.A. frente a la competencia.

SUPERIOR	IGUAL	INFERIOR

7. Califique de acuerdo a importancia, siendo 1 la más importante y 4 la menos importante para los siguientes aspectos:

	Calidad de Servicio	Personalización	Atención al cliente	Agilidad de trámite
Indemnización				
Cotización				
Facturación				
Renovación				
Emisión				

8. Pondere las siguientes actividades

PONDERACIÓN	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
Rapidez en los siguientes procesos:				
Cotizaciones				
Emisiones				
Facturación				
Renovaciones				
Cancelaciones				
Devoluciones de prima				
Pago de siniestros				
Calidad de los documentos				
Ejecutivo de cuenta asignado				
Servicio y atención				
Conocimiento del ejecutivo de cuenta				

ANEXO D
FORMATO PARA COTIZACIONES SEGUROS COLECTIVOS

RAZON SOCIAL: _____
 DIRECCION: _____
 TELÉFONO: _____
 MAIL: _____
 CIUDAD: _____
 EJECUTIVO DE CUENTA: _____

LA EMPRESA SOLICITANTE ES:
 MATRIZ: _____
 SUCURSAL: _____
 FILIALES: _____

GIRO DEL NEGOCIO
 COMERCIO: _____
 SERVICIO: _____
 PETROLERA: _____
 AGRÍCOLA: _____
 INDUSTRIA: _____ OTRAS: _____

TIPO DE PÓLIZA
 VIDA: _____
 SALUD: _____
 VEHÍCULOS: _____

FORMA DE PAGO
 MENSUAL: _____
 ANUAL: _____
 TRIMESTRAL: _____ OTRAS: _____

Nº DE PERSONAS: _____
 ACTIVIDAD QUE REALIZAN: _____

COBERTURAS Y MONTOS

	OPCION 1	OPCION 2	OPCION 3
COBERTURAS	MONTOS USD	MONTOS USD	MONTOS USD

SEGUIMIENTO (señalar fecha, comentarios y aclaraciones o modificaciones realizadas)

ANEXO E
FORMATO DE RECEPCIÓN DE PÓLIZAS DE RENOVACIÓN
SEGUROS COLECTIVOS

Nº	CONTRATANTE	EMPRESA	ASEGURADORA	VIGENCIA	CONDICIÓN		OBSERVACIONES
					RENOVACIÓN	CANCELACIÓN	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							

ANEXO F

FORMATO PARA CONDICIONES DE RENOVACIÓN SEGUROS COLECTIVOS

CONTRATANTE: _____
EMPRESA ASEGURADORA: _____
EJECUTIVO DE CUENTA: _____

TIPO DE PÓLIZA
VIDA _____
SALUD _____
VEHÍCULOS _____

FORMA DE PAGO
MENSUAL _____
ANUAL _____
TRIMESTRAL _____

PRIMA PAGADA X PERIODO DE FACTUACIÓN PROMEDIO USD _____
PRIMA RECIBIDA DESDE CONTRATACIÓN DEL SEGURO USD _____
SINIESTROS PAGADOS DESDE CONTRATACION DEL SEGURO USD _____
PRIMA RECIBIDA EN EL AÑO USD _____
SINIESTROS PAGADOS EN EL AÑO USD _____
PORCENTAJE DE SINIESTRALIDAD USD _____
Nº DE PERSONAS ASEGURADAS ACTUALMENTE USD _____

COBERTURAS Y MONTOS

COBERTURAS	ACTUAL	PROPUESTO 1 + 30%		PROPUESTO 2 + 50%	
	MONTOS USD	MONTOS USD		MONTOS USD	

OBSERVACIONES Y CONDICIONES ESPECIALES:

EJECUTIVO RESPONSABLE: _____ FECHA: _____

ANEXO G
FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DE CARTAS DE RENOVACIÓN

Quito, 8 de julio del 2008

Señor (a)

NOMBRE DEL EJECUTIVO ENCARGADO DE LA PÓLIZA

NOMBRE DE LA EMPRESA

Ciudad.-

Ref.- RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

De mi consideración:

La póliza de la referencia vence el (FECHA DE VENCIMIENTO), por esta razón me permito presentar a usted las condiciones de renovación:

(SEÑALAR LAS COBERTURAS Y MONTOS ACTUALES)

COBERTURAS	TASAS	MONTOS	PRIMA

PRIMA NETA ACTUAL : USD _____

(PROPONER COBERTURAS Y MONTOS EN BASE AL INCREMENTO DEL 35%)

COBERTURAS	TASAS	MONTOS	PRIMA

PRIMA NETA PROPUESTA : USD _____

No. ACTUAL DE PERSONAS: _____

Las mismas condiciones permanecen vigentes (EN CASO DE SER MODIFICADO DEBE INDICAR LOS CAMBIOS REALIZADOS). Consideramos de mucha importancia sugerir se incrementen los montos asegurados en relación al incremento real de la inversión razón por la que se propone% de crecimiento en valores asegurados.

SERVICIOS ADICIONALES

Ambulancia sin costo _____

Óptica Los Andes _____

Maldonado Abogados _____

Cualquier información adicional, tendré mucho gusto en proporcionarle cuando la solicite, quedo en espera de sus noticias.

Atentamente,

NOMBRE DEL EJECUTIVO

Ejecutivo de Cuenta

ANEXO H

RESUMEN MENSUAL DE COTIZACIONES Y RENOVACIONES SEGUROS COLECTIVOS

RESPONSABLE: _____

TOTAL DE COTIZACIONES EN EL MES:

ESTADO	TOTAL DE EMISIONES	NUMEROS DE POLIZA
EMITIDAS		
ESTADO	TOTAL DE PENDIENTES	MOTIVO
PENDIENTES		
ESTADO	TOTAL DE DESCARTADA	MOTIVO
DESCARTADAS		

TOTAL DE RENOVACIONES AL MES:

ESTADO	TOTAL RENOVADAS	
RENOVADOS		
ESTADO	TOTAL DE PENDIENTES	MOTIVO
PENDIENTES		
ESTADO	TOTAL DE CANCELADAS	MOTIVO
CANCELADAS		

ANEXO I

CONTROL DE PÓLIZAS DE SALUD, VEHÍCULOS Y VIDA

CONTRATANTE:
PÓLIZA No.:

RAZÓN SOCIAL: _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____
GERENTE GENERAL: _____
AÑO DE CONSTITUCIÓN: _____

RUC: _____
E-MAIL: _____
CIUDAD: _____
CONTACTO EMPRESA: _____
NÚMERO EMPLEADOS: _____

LA EMPRESA CONTACTADA ES:

MATRIZ: _____
SUCURSAL: _____
FILIALES: _____

GIRO DE NEGOCIOS

COMERCIO: _____
SERVICIO: _____
PETROLERA: _____
AGRÍCOLA: _____
INDUSTRIA: _____

OTRAS: _____

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

TIPO DE PÓLIZA

VIDA: _____
SALUD: _____
VEHÍCULOS: _____

FORMA DE PAGO:

MENSUAL: _____
ANUAL: _____
TRIMESTRAL: _____

OTRAS: _____

DATOS ADICIONALES / CONDICIONES ESPECIALES:

(A este documento adjuntar la carta de solicitud de emisión / renovación o cotización)

NOMBRE EJECUTIVO: _____ FECHA: _____

ANEXO J

GUÍA DE UBICACIÓN DE CONDICIONES Y ANEXOS EN PÓLIZAS SEGUROS COLECTIVOS

VIDA Y ANEXOS

PARA EL CLIENTE

En la parte derecha irá grapado:

1. Documento original de las condiciones particulares con sello de la compañía sobre la firma
2. Condiciones generales de vida
3. Anexo de seguro colectivo de vida, Muerte y/o Desmembración accidental*
4. Anexo de seguro colectivo de vida, Incapacidad total y permanente*
5. Anexo de seguro colectivo de vida, Enfermedades graves*
6. Anexo de asistencia en viajes*

*Los datos a escribir en los anexos deberán ser hechos a máquina

En el bolsillo de la carpeta:

1. Instructivo de asistencia en viajes (si la cobertura es parte de la póliza)

En la parte izquierda de la carpeta:

1. Condiciones particulares copia para devolver firmado

PARA EL ARCHIVO

1. Condiciones particulares copia para archivo
2. Control de emisión
3. Carta de solicitud para emisión
4. Cotización
5. Listados de asegurados

PARA EL BROKER / AGENTE

1. Condiciones particulares copia para el agente

ACCIDENTES PERSONALES

PARA EL CLIENTE

En la parte derecha irá grapado:

1. Documento original de las condiciones particulares con sello de la compañía sobre la firma
2. Condiciones generales de accidentes personales
3. Anexo de invalidez por accidentes *
4. Anexo de invalidez por enfermedad *
5. Anexo de gastos médicos por accidente *
6. Anexo de renta diaria por hospitalización por accidente *
7. Anexo de asistencia en viajes *

* Los anexos deberán ser hechos a máquina

En el bolsillo de la carpeta:

1. instructivo de asistencia en viajes (si la cobertura es parte de la póliza)

En la parte izquierda de la carpeta:

1. Condiciones particulares copia para devolver firmado

PARA EL ARCHIVO

1. Condiciones particulares copia para archivo
2. Control de emisión
3. Carta de solicitud para emisión
4. Cotización
5. Listado de Asegurados

PARA EL BROKER/AGENTE

1. Condiciones particulares copia para el agente

ANEXO L

FORMATO PARA COTIZACIONES

SEGUROS INDIVIDUALES

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____
DIRECCIÓN _____
TELÉFONO _____ CIUDAD _____
EMAIL _____
A.G. COLOCADORA _____ CONTACTO AGENCIA _____
FECHA DE NACIMIENTO _____

CONDICIÓN

FUMADOR _____
NO FUMADOR _____

ACTIVIDAD _____ RIESGO: _____

DATOS/OBSERVACIONES/ ADICIONALES: (deportes, aficiones, enfermedades pre-existentes)

PLAN A COTIZAR: TEMPORAL

CRECIENTE _____
PROVISION 1 _____
PROVISIÓN 2 _____
ACCIDENTES PERSONALES _____

COBERTURAS Y MONTOS

OPCION 1		OPCION 2	OPCION 3
COBERTURAS	MONTOS USD	MONTOS USD	MONTOS USD

SEGUIMIENTO: (Señalar fecha y comentarios, aclaraciones o modificaciones realizadas)

ANEXO M
RESUMEN MENSUAL DE COTIZACIONES
Y RENOVACIONES SEGUROS INDIVIDUALES

RESPONSABLE: _____

TOTAL DE COTIZACIONES EN EL MES:

ESTADO	TOTAL DE EMISIONES	NUMEROS DE PÓLIZA
EMITIDAS		
ESTADO	TOTAL DE PENDIENTES	MOTIVO
PENDIENTES		
ESTADO	TOTAL DE DESCARTADA	MOTIVO
DESCARTADAS		

TOTAL DE RENOVACIONES AL MES:

ESTADO	TOTAL RENOVADAS	
RENOVADOS		
ESTADO	TOTAL DE PENDIENTES	MOTIVO
PENDIENTES		
ESTADO	TOTAL DE CANCELADAS	MOTIVO
CANCELADAS		

**ANEXO N
CONTROL DE EMISIÓN POLIZAS SEGUROS INDIVIDUALES**

CONTRATANTES	
No. SOLICITUD	
POLIZA N°	

NOMBRE: _____
 DIRECCIÓN: _____
 TELEFONO: _____
 AG. COLOCADORA: _____
 CODIGO DEL AGENTE: _____
 ACTIVIDAD _____
 CONDICION _____

CEDULA: _____
 E-MAIL: _____
 CIUDAD: _____
 NOMBRE DEL AGENTE: _____

FUMADOR _____
 NO FUMADOR: _____

RIESGOS _____

FORMA DE PAGO:
 MENSUAL _____
 TRIMESTRAL _____
 SEMESTRAL _____
 ANUAL _____

BANCO: _____
 TIPO DE CUENTA: _____
 AHORROS: _____
 CORRIENTE: _____
 N° DE CUENTA: _____

En caso de ser pago mensual o trimestral, obligatoriamente debe tener débito bancario

NUMERO DE TRANSACCION _____
 PRIMA TOTAL _____

TOTAL GENERAL: _____
 VALOR DE CUOTA: _____

VIGENCIA DE LA POLIZA

TIPO DE PÓLIZA: TEMPORAL: _____
 CRECIENTE: _____
 PROVISIÓN I: _____
 ACCIDENTES PERSONALES: _____

MONTOS ASEGURADOS

VIDA: USD _____
 MUERTE ACCIDENTAL: USD _____
 INVALIDEZ POR ACCIDENTE: USD _____
 INVALIDEZ POR ENFERMEDAD: USD _____
 GASTOS POR ACCIDENTE 1: USD _____
 RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE: USD _____
 ASISTENCIA EN VIAJES: USD _____

AUDITORIA MÉDICA

VIDA
 RIESGO _____
 EXTRAPRIMA _____

ACCIDENTES PERSONALES

RIESGOS: _____
 EXTRAPRIMA _____

ACCIDENTES PERSONALES

RIESGOS: _____
 EXTRAPRIMA _____

OBSERVACIONES ADICIONES / CRITERIOS DEL MÉDICO AUDITOR

OBSERVACIONES ADICIONES / CRITERIO TECNICO DEL EJECUTIVO

(A este documento la solicitud firmada por el cliente / cotización y exámenes médicos)

NOMBRE DEL EJECUTIVO _____ FECHA: _____

ANEXO O
SOLICITUD DE PÓLIZA MAESTRA DE VEHÍCULOS

Solicitante:	Tipo Póliza:
Asegurado:	C.I. o R.U.C.:
Dirección:	Teléfono:
Ciudad:	

La Compañía hace constar por este medio que la Póliza de Seguros de Vehículos anteriormente mencionada, asegura la siguiente propiedad:

Conductor:	Valor Asegurado:
Licencia:	Valor Extras:
Marca:	Prima:
Modelo:	Super. Bancos:
Tipo:	I.V.A:
Año:	D/Emisión:
Color:	Prima Mensual:
Placa:	Fecha de inicio:
Número Motor	Vigencia:
Número Chasis:	

ACCESORIOS EXTRAS
COBERTURAS

- | | |
|---|-------|
| 1.- Responsabilidad Civil Extracontractual | HASTA |
| 1.1 Lesiones corporales: | |
| 1.2 Daños a la Propiedad Ajena: | |
| 2. Pérdida total del Vehículo por Daños: | |
| 3. Pérdida parcial del Vehículo por Daños: | |
| 4. Pérdida Total o Parcial del Vehículo por Robo: | |
| 5. Lesiones a Ocupantes del vehículo: | |
| 5.1 Gastos Médicos por ocupante: | |
| 5.2 Accidentes personales por ocupante: | |
| 6. Gastos de Grúa Transporte y Protección de vehículos: | |

AMPAROS OPCIONALES

- Gastos de transporte para el asegurado
- Cobertura para menores de 25 años:

DEDUCIBLE:

Primer siniestro: 10% del V/Siniestro, mínimo 1,0 % del V asegurado en ningún caso inferior a \$200 por evento

Segundo Siniestro: 10% del V./Siniestro, mínimo 1,5 % del V./asegurado en ningún caso inferior a \$250 por evento

Tercer siniestro: 10% del V./Siniestro, mínimo 2,0 % del V./asegurado en ningún caso inferior a \$300 por evento

En caso de pérdida total por robo: se el vehículo está provisto del dispositivo de seguridad, 5% del valor asegurado

INCLUYE: Seguro de accidentes Personales Para el asegurado

Beneficios: Pérdida Accidental de la vida, desmembración e incapacidad total y permanente Beneficiarios: Herederos Legales.

El monto de su póliza de Accidentes Personales es igual al valor asegurado del casco del vehículo y tendrá cobertura mientras se encuentre vigente la póliza contratada para su vehículo

Fecha de Emisión:

EL ASEGURADO

LA COMPAÑÍA

ANEXO P
GUÍA DE UBICACIÓN DE CONDICIONES Y ANEXOS EN SEGUROS INDIVIDUALES

VIDA

PARA EL CLIENTE

En la parte derecha irá grapado:

1. Contrato de Seguro Vida Universal
2. Condiciones Particulares, Copia asegurado, sello seco sobre firma
3. Anexo 1 de vida
4. Anexo 2 de vida
5. Anexo Condiciones Generales Vida Individual
6. Anexo Seguro de Vida Individual Asistencia en viajes*

* Estos anexos deberán incluirse en caso de que sean partes de las coberturas de la póliza

En el bolsillo de la carpeta:

1. Instructivo Asistencia en viajes (si la cobertura es parte de póliza)
2. Cotización aceptada Copia

En la parte izquierda de la carpeta:

1. Condiciones particulares copia para archivo
2. Control de emisión
3. Información adicional/Exámenes médicos
4. Cotización
5. Informe confidencial
6. Solicitud original

PARA EL ARCHIVO

1. Condiciones particulares copia para archivo
2. Control de emisión
3. Información adicional / Exámenes médicos
4. Cotización
5. Informe confidencial
6. Solicitud original

PARA EL EJECUTIVO DE CUENTA

1. Copia de la solicitud
2. Condiciones particulares copia

ANEXO Q

GUIA DE UBICACIÓN DE CONDICIONES Y ANEXOS EN PÓLIZAS SEGUROS INDIVIDUALES

SALUD

PARA EL CLIENTE

En la parte derecha irá grapado:

1. Condiciones Particulares, Copia asegurado, sello seco sobre firma
2. Anexo condiciones generales seguro de salud anexo a vida individual
3. Anexo Seguro de póliza salud Individual Asistencia en viajes*
4. Copia de solicitud copia del cliente

* Estos anexos deberán incluirse en caso de que sean partes de las coberturas de la póliza

En el bolsillo de la carpeta:

1. Instructivo Asistencia en viajes (si la cobertura es parte de póliza)
2. Cotización aceptada Copia

En la parte izquierda de la carpeta:

1. Condiciones particulares copia para devolver firmado
2. Información adicional/Exámenes médicos
3. Cotización
4. Solicitud original

PARA EL ARCHIVO

1. Condiciones particulares copia para archivo
2. Control de emisión
3. Información adicional / Exámenes médicos
4. Cotización
5. Informe confidencial
6. Solicitud original

PARA EL EJECUTIVO DE CUENTA

1. Copia de la solicitud
2. Condiciones particulares copia

ANEXO R
GUIA DE UBICACIÓN DE CONDICIONES Y ANEXOS EN SEGUROS INDIVIDUALES

VEHÍCULOS

PARA EL CLIENTE

En la parte derecha irá grapado:

1. Contrato de Seguro de vehículos
2. Condiciones Particulares, Copia asegurado, sello seco sobre firma
3. Anexo 1 de vehículos
4. Anexo 2 diagnóstico de revisión de vehículo
5. Anexo Condiciones Generales de póliza de vehículos
6. Anexo Seguro de vehículos Asistencia al vehículo
7. Anexo Partes adicionales para asegurar de vehículo

En el bolsillo de la carpeta:

1. Instructivo A
2. Cotización aceptada Copia

En la parte izquierda de la cartera

1. Condiciones particulares copia para archivo
2. Control de emisión
3. Información adicional/Extras asegurados/revisión vehicular
4. Cotización
5. Informe confidencial
6. Solicitud original

PARA EL ARCHIVO

1. Condiciones particulares copia para archivo
2. Control de emisión
3. Información adicional /Revisión vehicular/Extras asegurados
4. Cotización
5. Solicitud original

PARA EL EJECUTIVO DE CUENTA

1. Copia de la solicitud
2. Condiciones particulares copia

ANEXO S
CONTROL DE FACTURACIÓN
(NOMBRE DEL EJECUTIVO)

VIDA

No .	NOMBRE DE LA EMPRESA	BROKER	EJECUTIVO	FORMA DE	TIPO DE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	OBSERVACIONES
				FACTURACION	FACTURACIÓN													
				MENSUAL	AUTOMÁTICA													
				ANUAL	SUMARIA													
				SEMESTRAL														

CONTROL DE FACTURACIÓN
(NOMBRE DEL EJECUTIVO)
ACCIDENTES PERSONALES

No .	NOMBRE DE LA EMPRESA	BROKER	EJECUTIVO	FORMA DE	TIPO DE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	OBSERVACIONES
				FACTURACION	FACTURACIÓN													

ANEXO T

CARTA PARA ENTREGA DE FACTURA

Quito, 14 de mayo 2008

Señor

NOMBRE DEL EJECUTIVO

NOMBRE DEL BROKER

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Adjunto a la presente encontrará la facturación de las empresas que detallo:

EMPRESA	POLIZA	ANEXO
BELAGRO	1000523	25
CÁMARA DE COMERCIO DE QUITO	1000278	45/46
DANEC	1000497	24
HACEB DEL ECUADOR	1518	30273
LIMPIOL	1000049	64/65
MAVESA	1000401	23
PANATLANTIC	1000370	224/225/226/227/22
ROSINVAR	1000552	8/229
SCHERING PLOUGH	1000599	28/29
TRAMACCO EXPRESS	1000524	36/37
VANDERBILT	1000442	30275

Adicionalmente encontrará el listado actualizado del personal asegurado. Cualquier cambio favor notificarnos, caso contrario, asumiremos la conformidad de los mismos.

Sin más por el momento me suscribo de usted.

Atentamente,

NOMBRE DEL EJECUTIVO
EJECUTIVO DE CUENTA

BIBLIOGRAFÍA

Archivo Empresarial Best Seguros S.A.

- ❖ ARCHIVO BEST SEGUROS S.A., "Acta de Constitución". 2002.
- ❖ ARCHIVO LEGAL BEST SEGUROS S.A., "Base legal de la empresa", 2002.
- ❖ ARCHIVO EMPRESARIAL BEST SEGUROS S.A., "Plan Estratégico de Mercadeo". 2004.
- ❖ ARCHIVO BEST SEGUROS S.A., "Planes de acción por departamento", 2002.

Textos

- ❖ "EL SEGURO DE VIDA", Huebner, S. S ; Black Kenneth.
- ❖ "SEGURO DE VIDA EN EL ECUADOR Y LA TABLA DE MORTALIDAD", Díaz Blanco Luis.
- ❖ "LOS SEGUROS Y LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS", Greene Mark, 1987.
- ❖ "PREVENCIÓN Y SEGURO". Caballero Ernesto.
- ❖ "RIESGOS Y SEGURO", Greene Mark.R.

- ❖ "COMO UTILIZAR EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL", Norton - Kaplan, Gestión 2.000, Barcelona- España, 2001.
- ❖ "ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS", Sherman, Arthur, Grupo Editorial Iberoamérica, México, 2000.
- ❖ INTRODUCCIÓN AL DERECHO DE SEGUROS, José Alvear Icaza.
- ❖ PLANEACION FINANCIERA ESTRATÉGICA, Fierro Martínez, Ángel María.
- ❖ ELEMENTOS Y ATRIBUTOS DEL CONTRATO DE SEGURO, Botero Morales, Bernardo.
- ❖ "MEJORAMIENTO DE PROCESOS", Harrington, James, McGraw Hill, Bogotá-Colombia, 1996, página. 55.

Informes Gubernamentales

- ❖ LEY GENERAL DE COMPAÑÍAS DE SEGUROS Y REGALAMENTOS.
- ❖ SUPERINTENDENCIA DE BANCOS, "Estadísticas Asesoras de Seguros".

Hojas Electrónicas

- ❖ www.sistenet.com.ar/bpi.htm
- ❖ www.geocities.com/Eureka/Enterprises/2300/Art7.html

❖ www.bce.fin.ec

❖ www.grupospurrier.com

Revistas y Folletos

❖ Revista "Criterios", Dinediciones, Cámara de Comercio de Quito, varias ediciones.

❖ Revista económica "Pulso Ecuador", Edición 34, Pag. 18, 2004.

❖ Revista "El Financiero", Edición 520 del 1 de diciembre del 2003.

❖ Folleto "Análisis Semanal de Economía y Política del Ecuador", Grupo Spurrier, varios ejemplares.

Entrevistas

❖ Entrevista realizada a ejecutivos de Best Seguros S.A.