

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

RESOLUCION que modifica las disposiciones de carácter general aplicables a las instituciones de crédito.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional Bancaria y de Valores.

La Comisión Nacional Bancaria y de Valores con fundamento en lo dispuesto por los artículos 46 Bis de la Ley de Instituciones de Crédito y 4, fracciones I, XXXVI y XXXVII de su Ley, y

CONSIDERANDO

Que las instituciones de crédito, al contratar la prestación de ciertos servicios y celebrar contratos de comisión mercantil para apoyar su adecuada operación, deben ajustarse a las disposiciones de carácter general que al efecto expida la Comisión;

Que por lo general, la contratación de los servicios de que se trata o comisiones mercantiles, tienen como propósito que las instituciones de crédito se concentren y especialicen en el desempeño de las actividades que les son propias y con ello, reduzcan sus costos obteniendo menores precios de insumos, aprovechando economías de escala y buscando mayor eficiencia;

Que en adición a lo anterior, se ha considerado conveniente ampliar las opciones para que el público en general tenga acceso a los productos bancarios más demandados, utilizando el servicio de comisionistas para recibir pagos, entregar recursos, entre otras actividades, para las que se les faculte para actuar a nombre y por cuenta de las instituciones de crédito, distintas de la captación de recursos del público, y

Que las presentes disposiciones toman en cuenta las mejores prácticas internacionales que han sido adoptadas en relación a las instituciones de crédito que contraten tales servicios o comisiones, ha resuelto expedir la siguiente:

RESOLUCION QUE MODIFICA LAS DISPOSICIONES DE CARACTER GENERAL APLICABLES A LAS INSTITUCIONES DE CREDITO

UNICO.- Se **ADICIONA** un Capítulo XI al Título Quinto de las disposiciones objeto de la presente Resolución, que comprenderá de los artículos 317 a 326, pasando el actual Capítulo XI a ser Capítulo XII de dicho Título Quinto, conservando éste su denominación y que contiene el actual artículo 317 para quedar como 327, así como un Anexo 52 a las “Disposiciones de carácter general aplicables a las instituciones de crédito”, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 2 de diciembre de 2005, modificadas mediante resoluciones publicadas en el citado Diario el 3 y 28 de marzo, 15 de septiembre de 2006, así como por la resolución expedida por esta Comisión el día 9 de noviembre de 2006 aún en trámite de publicación en el referido medio, para quedar como sigue:

“INDICE

TITULO PRIMERO A TITULO CUARTO.- ...

TITULO QUINTO

OTRAS DISPOSICIONES

Capítulo I a Capítulo X.- ...

Capítulo XI

De la contratación con terceros de servicios o comisiones

Capítulo XII

Regulación adicional

Listado de Anexos

Anexos 1 a 51.- ...

Anexo 52.- Lineamientos mínimos de operación y seguridad para la contratación de servicios de apoyo tecnológico.”

“Capítulo XI

De la contratación con terceros de servicios o comisiones

Artículo 317.- Las Instituciones podrán contratar con terceros, incluyendo a otras Instituciones o entidades financieras nacionales o extranjeras, la prestación de los servicios o comisiones necesarios para realizar las operaciones previstas en el artículo 46 de la Ley, con sujeción a lo señalado en el presente Capítulo.

En ningún caso las Instituciones podrán celebrar contratos de comisión mercantil, con el fin de captar recursos del público fuera de las sucursales bancarias.

No serán aplicables estas disposiciones, ni requerirá aviso o autorización, la contratación de los servicios que, de manera enunciativa mas no limitativa, se indican a continuación:

- I. Los servicios profesionales o de asesoría incluyendo mandatos y comisiones, salvo que estos últimos sean para la realización de las operaciones señaladas en el artículo 46 de la Ley.
- II. Los servicios auxiliares y complementarios que las Instituciones obtengan de las sociedades en las que inviertan al amparo del artículo 88 de la Ley, de las empresas a que se refiere el artículo 9 de la Ley para Regular las Agrupaciones Financieras, así como los que contraten con sus subsidiarias o con entidades financieras, siempre que se encuentren sujetas a la supervisión de la Comisión y los servicios se presten en territorio nacional.
- III. Los servicios necesarios para la operación de la Institución, que de conformidad con la Ley y sus disposiciones reglamentarias, no puedan ser realizados por aquélla.
- IV. La manufactura, promoción y distribución de tarjetas de crédito, de débito o recargables, así como de esqueletos de cheques y libretas para depósito de ahorros.
- V. El traslado de valores.
- VI. La recuperación de cartera.
- VII. Mantenimiento y sostenimiento de equipos y sistemas de cómputo en red.
- VIII. Los servicios relacionados con la administración, tales como limpieza, seguridad, mensajería y correspondencia, almacenamiento y resguardo físico de información y documentación, entre otros.
- IX. El procesamiento de operaciones crediticias en su fase de promoción, acopio de información y análisis.

Lo anterior, sin perjuicio de que la Institución deberá cuidar en todo momento, que las personas que les proporcionen los servicios a que se refiere este artículo, guarden la debida confidencialidad de la información relativa a las operaciones activas, pasivas o de servicios celebradas con sus clientes, en caso tener acceso a ella.

Artículo 318.- Las instituciones, con las excepciones previstas en el artículo anterior, para contratar cualquiera de los servicios o al celebrar cualquiera de las comisiones mercantiles a que se refiere el presente Capítulo, deberán cumplir con los requisitos siguientes:

- I. Los terceros o comisionistas con los que se contrate siempre actuarán a nombre y por cuenta de la Institución, cuando deban actuar con el público en general.
Asimismo, dichos terceros o comisionistas no podrán en ningún caso llevar a cabo aperturas de cuentas o aprobaciones para el otorgamiento de créditos, ni tener acceso a los saldos de las cuentas de los clientes de la Institución.
- II. Contar con un informe que especifique los servicios a contratar, así como los criterios y procedimientos para seleccionar al tercero. Dichos criterios y procedimientos estarán orientados a evaluar su experiencia, capacidad técnica y en recursos humanos del tercero con quien se contrate, para prestar el servicio con niveles adecuados de desempeño, confiabilidad y seguridad.
- III. Prever en el contrato de prestación de servicios o comisión respectivo, la aceptación incondicional del tercero para:
 - a) Recibir visitas domiciliarias por parte del auditor externo de la Institución y de la Comisión, a efecto de llevar a cabo la supervisión correspondiente, con el exclusivo propósito de obtener

información para constatar que los servicios o comisiones contratados por la Institución, le permiten a esta última cumplir con las disposiciones de la Ley que le resultan aplicables. Para que se realicen las visitas referidas, las Instituciones podrán designar un representante.

- b) Practicar auditorías por parte de la Institución o a través de terceros que la propia Comisión designe, en relación con los servicios objeto de dicho contrato, a fin de verificar la observancia de las disposiciones aplicables a las Instituciones.
- c) Entregar a solicitud de la Institución, al auditor externo de la propia Institución y a la Comisión o al tercero que esta designe, libros, sistemas, registros, manuales y documentos en general, relacionados con la prestación del servicio de que se trate. Asimismo, permitirá que se tenga acceso al personal responsable y a sus oficinas e instalaciones en general, relacionados con la prestación del servicio en cuestión.

Las observaciones, medidas correctivas o emplazamientos que deriven de la supervisión e inspección que realice la Comisión en términos de las disposiciones aplicables, las realizará la propia Comisión, en su caso, directamente a la Institución.

IV. Contar con políticas y procedimientos para vigilar el desempeño del tercero y el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, que deberán contener aspectos relativos a:

- a) Las restricciones o condiciones, respecto a la posibilidad de que el tercero subcontrate, a su vez, la prestación del servicio.
- b) La confidencialidad y seguridad de la información de los clientes.
- c) Las obligaciones de la Institución y del tercero, los procedimientos para vigilar su cumplimiento, así como en su caso, las consecuencias legales en el evento de incumplimiento.
- d) Los mecanismos para la solución de disputas relativas al contrato de prestación de servicios y comisión.
- e) Las medidas para contar con planes de continuidad del negocio, incluyendo los procedimientos de contingencia en caso de desastres.
- f) La propiedad de la Institución sobre las bases de datos producto de los servicios y comisiones.
- g) Los lineamientos para asegurarse de que el tercero reciba periódicamente una adecuada capacitación e información, en relación con los servicios contratados.
- h) El cumplimiento de los lineamientos mínimos de operación y seguridad que se señalan en el Anexo 52 de las presentes disposiciones, en caso de que los servicios a contratar se refieran a la utilización de infraestructura tecnológica o de telecomunicaciones.

V. Contar con planes para evaluar y reportar al Consejo, al Comité de Auditoría o al director general, según la importancia del servicio contratado, el desempeño del tercero, así como el cumplimiento de la normativa aplicable relacionada con dicho servicio.

El director general de la Institución será responsable de aprobar las políticas y criterios para seleccionar a los terceros, que contrate la Institución en términos de lo previsto en este artículo. El director general asimismo, será responsable de la implementación de dichas políticas y criterios.

Artículo 319.- Las Instituciones deberán dar aviso a la unidad administrativa de la Comisión que se encuentre a cargo de su supervisión, previamente a la contratación de la prestación de servicios o comisiones con terceros, con otras Instituciones o entidades financieras, cuando a juicio del director general de la Institución de que se trate, puedan afectar cualitativa o cuantitativamente una o más de las operaciones que realice la Institución conforme a su objeto, tomando en cuenta para determinar tal circunstancia, entre otras:

- I. La capacidad de la Institución, para en caso de contingencia mantener la continuidad operativa y la realización de operaciones y servicios con sus clientes.
- II. La complejidad y tiempo requerido para encontrar un tercero que, en su caso, sustituya al originalmente contratado.
- III. La limitación en la toma de decisiones que trasciendan en forma significativa en la situación administrativa, financiera, operacional o jurídica de la propia Institución.
- IV. La habilidad de la Institución para mantener controles internos apropiados y oportunidad en el registro contable, así como cumplir con los requerimientos regulatorios en caso de suspensión del servicio por parte del tercero.

- V. El impacto que la suspensión del servicio tendría en las finanzas, reputación y operaciones de la Institución.
- VI. La capacidad de la Institución de participar eficientemente en el sistema de pagos.
- VII. La vulnerabilidad de la información relativa a los clientes.

El aviso a que se refiere este artículo, deberá entregarse a la Comisión con una anticipación de por lo menos treinta días hábiles a la fecha en que pretendan contratar los servicios de que se trata. Al efecto, las Instituciones deberán especificar si la prestación de los servicios se realizará total o parcialmente, por terceros residentes en territorio nacional o en el extranjero, en cuyo caso resultará aplicable lo establecido en los Artículos 321 y 322 siguientes.

La Comisión, en protección de los intereses del público usuario y en su carácter de autoridad supervisora, antes de la fecha en que se pretenda contratar el servicio o comisión respectivos, tendrá la facultad de requerir a la Institución que la prestación de dicho servicio no se realice a través del tercero señalado en el aviso a que se refiere el presente artículo, cuando considere que por los términos y condiciones de contratación del servicio o las políticas y procedimientos de control interno, la infraestructura tecnológica o de comunicaciones materia del servicio, sea previsible que no estarían en posibilidad de cumplir las disposiciones aplicables a la propia Institución y, en su caso, pueda verse afectada la estabilidad financiera o continuidad operativa de esta última, a juicio de la Comisión.

En caso de que la Institución no reciba dicho requerimiento por escrito por parte de la Comisión en el plazo antes mencionado, se tomará como "afirmativa ficta" y podrá iniciarse la prestación del servicio o comisión en cuestión.

Artículo 320.- El aviso a que se refiere el Artículo 319, deberá ser suscrito por el director general de la Institución y reunir los requisitos siguientes:

- I. Contener el informe a que se refiere la fracción II del Artículo 318.

En caso de que los servicios a contratar se refieran a la utilización de infraestructura tecnológica o de telecomunicaciones, el aviso deberá contener adicionalmente un informe técnico que especifique el tipo de operaciones o servicios bancarios que habrán de celebrarse utilizando la base tecnológica que le sea proveída por terceros, así como la forma en que se dará cumplimiento a los lineamientos mínimos de operación y seguridad, que se señalan en el Anexo 52 de las presentes disposiciones.

- II. Acompañar el proyecto de contrato de prestación de servicios o comisión, señalando la fecha probable de su celebración.

Artículo 321.- Las Instituciones requerirán de la autorización de la Comisión, para la contratación con terceros, otras Instituciones o entidades financieras, cuando la prestación de servicios o la ejecución de la comisión se realicen parcial o totalmente fuera de territorio nacional o por residentes en el extranjero, de conformidad con lo señalado en el Artículo 322 siguiente.

Las Instituciones deberán solicitar la autorización de que se trata, con cuando menos sesenta días hábiles de anticipación a la fecha en que pretendan contratar los servicios o la comisión que correspondan, acompañando para tal efecto la documentación que acredite el cumplimiento de los requisitos señalados en el Artículo 318 anterior y el proyecto de contrato correspondiente. Asimismo, deberá acompañar cuando corresponda, la documentación que acredite el cumplimiento de lo previsto en el Artículo 322 siguiente, así como la demás información conexas que la Comisión requiera para la evaluación de la solicitud.

Artículo 322.- La prestación de los servicios a que se refiere el Artículo 321 anterior, por un proveedor extranjero o cuando se reciban parcial o totalmente fuera de territorio nacional, sólo podrán contratarse cuando obtengan la autorización de la Comisión y se cumplan los requisitos siguientes:

- I. Que los terceros con los que se contrate residan en países cuyo derecho interno proporcione protección a los datos de las personas, resguardando su debida confidencialidad, o bien, los países de residencia mantengan suscritos con México acuerdos internacionales en dicha materia o de intercambio de información entre los organismos supervisores, tratándose de entidades financieras.
- II. Que las Instituciones manifiesten a la Comisión que mantendrán en sus oficinas principales ubicadas en los Estados Unidos Mexicanos, en idioma español, al menos la documentación e información relativa a las evaluaciones, resultados de auditorías y reportes de desempeño del tercero.
- III. Que se cuente con la aprobación del Consejo o, en su caso, del Comité de Auditoría o del comité de riesgos, haciendo constar en el acuerdo respectivo los aspectos siguientes:

- a) Que al contratar los servicios no se pone en riesgo el adecuado cumplimiento de las disposiciones aplicables a la Institución.
- b) Que las prácticas de negocio del tercero son consistentes con las de operación de la Institución.
- c) Que no habría impacto en la estabilidad financiera o continuidad operativa de la Institución, con motivo de la distancia geográfica y, en su caso, del lenguaje que se utilizará en la prestación del servicio.

La Comisión tendrá la facultad de requerirle a la Institución el proyecto del contrato y, en su caso, el contrato celebrado, con traducción al idioma español.

Artículo 323.- La contratación de los servicios o las comisiones a que se refiere el presente Capítulo, es sin perjuicio de que las operaciones y servicios correspondientes se ajusten a las disposiciones aplicables.

Asimismo, dicha contratación no exime a las Instituciones, ni a sus directivos, delegados fiduciarios, demás empleados o representantes, así como a las personas que ostenten cualquier empleo, cargo o comisión otorgado por la propia Institución, de la obligación de observar estrictamente lo establecido en las leyes y disposiciones de carácter general o prudencial que de ellas deriven.

La Comisión podrá decretar las medidas que estime necesarias, a fin de que las Instituciones mantengan términos y condiciones de operación que no afecten la adecuada prestación de sus servicios al público, ni en general, la estabilidad financiera o continuidad operativa de la Institución.

Artículo 324.- La Comisión, previo derecho de audiencia, podrá ordenar la suspensión parcial o total, temporal o definitiva, de la prestación de los servicios o comisiones a través del tercero de que se trate, cuando las Instituciones incumplan con las disposiciones contenidas en el presente Capítulo y pueda verse afectada la estabilidad financiera o continuidad operativa de la Institución, a juicio de la propia Comisión. Lo anterior, salvo que al ejercer el citado derecho de audiencia, la Institución presente un programa de regularización para ser autorizado por la Comisión, la cual tendrá un plazo de treinta días naturales, contado a partir de que la Institución respectiva presente la solicitud correspondiente, a efecto de resolver lo conducente.

El programa de regularización citado deberá reunir, cuando menos, los requisitos siguientes:

- I. Señalar las acciones que habrán de implementar para dar cumplimiento a las disposiciones aplicables y asegurar la estabilidad financiera o continuidad operativa de la Institución.
- II. Especificar las etapas y plazos de cada una de las acciones a implementar. En ningún caso la ejecución y cumplimiento del programa deberá exceder de tres meses, contado a partir de su autorización.
- III. Indicar el personal responsable de la instrumentación de cada una de las etapas del programa.

Artículo 325.- Las Instituciones deberán contar con un padrón que contenga el tipo de servicios y operaciones contratadas y datos generales de los prestadores de servicios o comisionistas, distinguiendo aquéllos que cuentan con residencia en el territorio nacional o en el extranjero. Dicho padrón deberá estar a disposición de la Comisión para su consulta.

Sin perjuicio de lo anterior, la Institución deberá presentar a la Comisión un informe anual que contenga la lista de las personas con las que tengan celebrados contratos vigentes en términos del presente Capítulo, incluyendo sus domicilios, así como la descripción de las políticas y procedimientos utilizados para cerciorarse de que los prestadores de servicios o comisionistas, darán la continuidad del servicio con niveles adecuados de desempeño, confiabilidad, capacidad, seguridad, mantenimiento, integridad y con estándares de calidad acordes a los requerimientos de sus necesidades. Dichas políticas deberán formar parte del Sistema de Control Interno de la Institución.

Artículo 326.- Las Instituciones, en sus políticas relativas a la contratación de servicios, contemplarán como medidas de evaluación para la contratación de los servicios a que se refiere este Capítulo, lo siguiente:

- I. La capacidad de los terceros para implementar medidas o planes que permitan mantener la continuidad del servicio con niveles adecuados de desempeño, confiabilidad, capacidad y seguridad.
- II. La integridad, precisión, seguridad, confidencialidad, resguardo, oportunidad y confiabilidad en el manejo de la información generada con motivo de la prestación de los servicios, así como el acceso a dicha información, a fin de que sólo puedan allegarse a ella, las personas que deban conocerla.
- III. Los métodos con que cuenta la Institución para evaluar el cumplimiento al contrato correspondiente, o bien, la adecuada prestación de los servicios.
- IV. Los criterios y procedimientos para calificar periódicamente la calidad del servicio.

- V. La capacidad de las Instituciones de mantener la continuidad en la prestación de los servicios que se hubieren contratado o bien, las opciones externas con que se cuenta en cualquier caso, a fin de disminuir la vulnerabilidad operativa de la Institución.
- VI. La afectación de los Niveles de Tolerancia al Riesgo.
- VII. La capacidad del Sistema de Control Interno, para prever, identificar, administrar, dar seguimiento y evaluar los riesgos que puedan derivarse de la prestación de los servicios a que se refiere este Capítulo.

El Consejo deberá designar a un responsable, que podrá ser el auditor interno o el comité de auditoría, para que dé seguimiento, evalúe y reporte periódicamente a dicho Consejo, el desempeño del prestador de servicios o comisionista, así como el cumplimiento de las normas aplicables relacionadas con los servicios o las operaciones correspondientes.

El Consejo deberá revisar cuando menos una vez al año, las políticas de selección de los terceros y aprobar las modificaciones que sean necesarias con base en los resultados de las evaluaciones realizadas por el responsable de dar seguimiento y evaluar el desempeño de aquéllos.”

TRANSITORIOS

PRIMERO.- La presente Resolución entrará en vigor a los noventa días naturales siguientes al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Las Instituciones que mantengan contratos de prestación de servicios o comisiones a que se refiere esta Resolución, o que cuenten con una autorización u opinión favorable de conformidad con las disposiciones aplicables, al renovar la prestación del servicio o comisión, que corresponda o bien, a los ciento ochenta días naturales siguientes de la entrada en vigor de la presente Resolución, lo que ocurra primero, deberán realizar los actos necesarios para sujetarse a lo señalado en esta última.

TERCERO.- Las Instituciones contarán con un plazo que vencerá el 31 de diciembre de 2007, para dar cumplimiento a los lineamientos mínimos de operación y seguridad para la contratación de servicios de apoyo tecnológico, que se contienen en el Anexo 52 de las disposiciones de carácter general que se modifican mediante la presente Resolución.

Atentamente

México, D.F., a 13 de noviembre de 2006.- El Presidente de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores,
Jonathan Davis Arzac.- Rúbrica.

ANEXO 52

LINEAMIENTOS MINIMOS DE OPERACION Y SEGURIDAD PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE APOYO TECNOLOGICO

Las Instituciones deberán considerar los aspectos siguientes:

I.- Aspectos en materia de operación

- a. Esquemas de redundancia o mecanismos alternos en las telecomunicaciones de punto a punto que permitan contar con enlaces de comunicación que minimicen el riesgo de interrupción en el servicio de telecomunicaciones.
- b. Estrategia de continuidad en los servicios informáticos que proporcionen a la entidad la capacidad de procesar y operar los sistemas en caso de contingencia, fallas o interrupciones en las telecomunicaciones y/o de los equipos de cómputo centrales y otros que estén involucrados en el servicio de procesamiento de información de operaciones o servicios.
- c. Mecanismos para establecer y monitorear la calidad en los servicios de información así como los tiempos de respuesta de los sistemas y aplicaciones.
- d. Esquema de soporte técnico, a fin de solucionar problemas e incidencias, con independencia, en su caso, de las diferencias en husos horarios y días hábiles.
- e. Mecanismos mediante los cuales se mantendrá copia de la información considerada por la institución como crítica para fines de la continuidad del servicio, procesada por el prestador de servicios, en las instalaciones de la entidad financiera contratantes ubicadas en territorio nacional.

II.- Aspectos en materia de seguridad

- a. Medidas para asegurar transmisión cifrada punto a punto y elementos o controles de seguridad en cada uno de los nodos involucrados en el envío y recepción de datos.
- b. Medidas para el almacenamiento seguro de los datos que comprometan información protegida por el secreto que regula la Ley de Instituciones de Crédito a favor de los clientes, incluyendo aquella información resguardada como respaldo o cualquier otra copia que por cualquier motivo llegara a realizarse, mediante mecanismos de encriptación para evitar que personas con acceso a dicha información, puedan conocer datos del propietario de las cuentas basándose en la información a su disposición.
- c. Establecimiento de funciones del oficial de seguridad. Para efectos de que la institución de crédito contratante se mantenga enterada del acceso y uso de la información, deberá designar a una persona que se desempeñe como oficial de seguridad en la institución, cuya función consistirá, entre otras cosas, en administrar y autorizar los accesos y llaves criptográficas, las cuales deberán almacenarse y resguardarse en las instalaciones de la entidad financiera en territorio nacional. Dichos accesos deberán corresponder a la necesidad de conocer la información de acuerdo a las funciones documentadas del puesto.
- d. Esquema mediante el cual, se mantendrá en una oficina de la institución de crédito contratante, ubicada en territorio nacional, la bitácora de acceso a la información por el personal debidamente autorizado.

III.- Auditoría y Supervisión

- a. Políticas y procedimientos relativos a la realización de auditorías internas y/o externas sobre la infraestructura, controles y operación del centro de cómputo del tercero, relacionado con el ambiente de producción para la Institución, al menos una vez por año con el fin de evaluar el cumplimiento de lo mencionado en el presente anexo.

IV.- Prestación de servicios otorgados por un integrante del mismo grupo financiero o empresarial al que pertenezca la Institución.

- a. Tratándose de prestadores de servicios que sean parte del mismo Grupo Empresarial o Financiero al que la Institución pertenezca y que procese sus sistemas informáticos en territorio nacional, la información puede conservarse sin mecanismos de encriptación.

CIRCULAR S-20.2.3.1.1 mediante la cual se comunica a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros autorizadas para la práctica de la operación de accidentes y enfermedades, la nueva estructura del Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Individual de la Operación de Accidentes y Enfermedades y la forma y términos para su entrega.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CIRCULAR S-20.2.3.1.1

Asunto: se comunica la nueva estructura del Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Individual de la Operación de Accidentes y Enfermedades y la forma y términos para su entrega.

A las instituciones y sociedades mutualistas de seguros autorizadas para la práctica de la operación de accidentes y enfermedades.

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 107 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, esas instituciones y sociedades deberán presentar ante esta Comisión, en la forma y términos que al efecto establezca, los informes y pruebas que sobre su organización, operaciones, contabilidad, inversiones o patrimonio les soliciten para fines de regulación, supervisión, control, inspección, vigilancia, estadística y demás funciones que conforme a dicha Ley u otras disposiciones legales y administrativas les corresponda ejercer.

Al respecto, con el propósito de modernizar el Sistema Estadístico para la Operación de Accidentes y Enfermedades en lo que corresponde al ramo de Accidentes Personales Individual, y lograr una mayor eficiencia en el proceso de presentación de la información que realizan esas instituciones y sociedades, este

Órgano Desconcentrado ha resuelto establecer una nueva estructura de dicho sistema y procedimientos para su envío y presentación ante esta Comisión. Para ello, por una parte se efectuó una revisión de los formatos del Sistema Estadístico del Sector Asegurador (SESA) para la operación de Accidentes y Enfermedades en lo que respecta al ramo de Accidentes Personales Individual y de las variables que conforman dicho sistema, con el objeto de sustituir los formatos rígidos de entrega por bases de datos en formato texto.

Por otra parte, se han efectuado las adecuaciones necesarias, para que el envío de información que realizan esas instituciones y sociedades se lleve a cabo vía Internet, utilizando el Sistema de Entrega de Información Vía Electrónica, a través de la página Web de esta Comisión, cuya dirección electrónica es www.cnsf.gob.mx.

Derivado de lo anterior, esta Comisión ha resuelto emitir los siguientes lineamientos a los que deberán sujetarse esas instituciones y sociedades para el envío de la información correspondiente al Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Individual de la Operación de Accidentes y Enfermedades, en cumplimiento a las disposiciones legales y administrativas vigentes:

PRIMERO.- Esas instituciones y sociedades deberán presentar anualmente vía Internet a esta Comisión, la información estadística correspondiente para el Ramo de Accidentes Personales Individual, misma que deberá enviarse dentro de los primeros cincuenta días naturales siguientes al cierre del ejercicio.

En caso de que la fecha límite para la presentación de la información estadística de que se trata, sea día inhábil, se considerará como fecha límite el día hábil inmediato siguiente. Asimismo, en caso de que dicho envío no sea posible por causa de fuerza mayor, esas instituciones y sociedades podrán entregar en uno o varios disco(s) compacto(s) dicha información en la ventanilla única de recepción de la misma Comisión, sita en avenida Insurgentes Sur 1971, Torre 2 Norte, primer piso, colonia Guadalupe Inn, código postal 01020, México, D.F., en horario de 9:00 a 14:00 y de 15:00 a 18:00 horas, a más tardar al día hábil siguiente al de la fecha de entrega por Internet, en donde se les hará entrega del acuse de recibo correspondiente.

SEGUNDO.- Esas instituciones y sociedades deberán presentar los archivos electrónicos que contengan la información estadística para el Ramo de Accidentes Personales Individual, de acuerdo a los lineamientos establecidos en la presente Circular, únicamente por vía remota, utilizando el Sistema de Entrega de Información Vía Electrónica, a través de la página Web de esta Comisión, sujetándose al "Manual del Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Individual de la Operación de Accidentes y Enfermedades", que como anexo se adjunta a la presente Circular, y de conformidad con las disposiciones que al efecto dé a conocer esta Comisión en su oportunidad relativas a la integración de archivos, empaquetamiento y técnicas de envío.

TERCERO.- La información estadística a que se refiere la presente Circular, deberá organizarse en dos archivos tipo texto, uno correspondiente a la información estadística relativa a la Emisión, y el otro para reportar la información relativa a los Siniestros, de conformidad con lo establecido en el "Manual del Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Individual de la Operación de Accidentes y Enfermedades".

Los nombres de los archivos antes mencionados, deberán integrarse de la siguiente manera:

- Para el archivo correspondiente a la **EMISION**:
Tipo de Compañía + Clave de la Compañía + Año + EMI + API + .TXT
- Para el archivo relativo a **SINIESTROS**:
Tipo de Compañía + Clave de la compañía + Año + SIN + API + .TXT

Donde:

Tipo de Compañía S = Seguros.

Clave de la compañía = Número que le haya sido asignado a la compañía por esta Comisión. Dicho número deberá antecederse por ceros hasta completar cuatro posiciones.

Año = Últimos dos dígitos del ejercicio que se reporta.

EMI = Emisión

SIN = Siniestros

API = Accidentes Personales Individual.

.TXT = Extensión que se refiere a un archivo (ASCII) plano de tipo texto.

Ejemplo: Los nombres de los dos archivos del Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Individual para la compañía 48, a diciembre de 2007 serán:

S004807EMIAPI.TXT y S004807SINAPI.TXT

CUARTO.- Esas instituciones y sociedades deberán entregar los dos archivos de información estadística a que se refiere el lineamiento anterior presentando en el primer registro de ambos archivos, un “registro de control” de conformidad con lo siguiente:

El “registro de control” deberá especificar el monto total de cada uno de los campos numéricos (montos o cantidades), así como el número de registros que contenga cada archivo para los demás campos restantes y diferentes de vacío, separados por el signo “|” conocido como “pipe”.

En caso de que las cifras del “registro de control” no sean consistentes con lo reportado en cada uno de los archivos de texto, dicha información se considerará como no presentada para los efectos de la presente Circular.

QUINTO.- Los montos a los que se refiere la presente Circular corresponden a cifras históricas (no reexpresadas).

SEXTO.- El envío de la información a que se refiere la presente Circular, deberá hacerse de manera completa, de conformidad con lo establecido en los presentes lineamientos, así como en la forma y términos que en los mismos se señalan. Por lo anterior, se considerará entregada la información del Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Individual, cuando esas instituciones y sociedades hayan enviado la información correspondiente en tiempo y forma, y cuenten con los Acuses de Recibo y Validación correspondientes.

A falta de cualquiera de los elementos anteriores, se considerará como no entregada para los efectos de la presente Circular.

SEPTIMO.- Una vez que esas instituciones y sociedades hayan realizado el envío de información vía Internet a que se refiere la presente Circular, la información será recibida y validada por esta Comisión.

Para tal efecto, en el Sistema de Entrega de Información Vía Electrónica se mostrará el número de transacción con el que se registra el envío correspondiente, así como la fecha y la hora del mismo, notificándose vía correo electrónico, la confirmación de recepción de la información.

El proceso de la validación de la información de que se trata, así como el resultado de la misma, se notificará vía correo electrónico al responsable del envío de la información, al día hábil siguiente de haberse recibido la misma. Aquella información que no cumpla con las validaciones consideradas por el propio sistema será devuelta para su corrección, considerándola como no presentada.

OCTAVO.- Para el caso de que la institución o sociedad se encuentre facultada para operar el ramo de Accidentes Personales Individual y no haya operado en el periodo de reporte, no será necesario que presente en ceros su información en medio electrónico; sin embargo, deberá exponer claramente dicha situación, mediante un escrito firmado por el Director General de la institución o sociedad o, en su defecto, por algún funcionario del nivel inmediato inferior al de aquél. Dicho escrito deberá ser presentado dentro de los primeros cincuenta días naturales siguientes al cierre del ejercicio a reportar, en la ventanilla única de recepción de la Dirección General de Informática de esta Comisión, sita en avenida Insurgentes Sur 1971, Torre 2 Norte, primer piso, colonia Guadalupe Inn, código postal 01020, México, D.F., en horario de 9:00 a 14:00 y de 15:00 a 18:00 horas, en días hábiles.

NOVENO.- De acuerdo con los lineamientos establecidos en la presente Circular, esas instituciones y sociedades mutualistas de seguros podrán hacerse acreedoras a una o más de las sanciones establecidas en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros por los siguientes motivos:

- a) Por la falta de presentación de la información a que se refiere la presente Circular dentro de los plazos establecidos para tales efectos o por la presentación extemporánea de la citada información.
- b) Por la presentación de la información validada por el propio Sistema pero incorrecta, incompleta y/o inadecuada, y que dé lugar a su sustitución.
- c) Cuando la información que hayan presentado no cumpla con las validaciones que se realicen, y que dé lugar a su sustitución.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- La presente Circular entrará en vigor al día hábil siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Las instituciones y sociedades mutualistas de seguros deberán presentar la información estadística relativa al ramo de Accidentes Personales Individual correspondiente al ejercicio de 2006, en los términos previstos en esta Circular o de conformidad con lo establecido en la Circular S-20.2 del 7 de septiembre de 2001 y en la Circular S-20.2.3 del 16 de diciembre de 1998.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108 fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 10 de noviembre de 2006.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,
Manuel S. Aguilera Verduzco.- Rúbrica.

ANEXO

MANUAL DEL SISTEMA ESTADISTICO PARA EL RAMO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL DE LA OPERACION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Contenido.

- I. Consideraciones generales.
- II. Estructura de los archivos de información del Sistema Estadístico.
- III. Definición de campos que conforman los archivos de información estadística.
 - III.1 Archivo de información "EMISION".
 - III.2 Archivo de información "SINIESTROS".
- IV. Catálogos.

I. Consideraciones generales.

El Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Individual estará conformado por dos archivos de información:

1.- Archivo de información "EMISION"

Este archivo contendrá la información referente a la emisión de pólizas y asegurados (en los casos de pólizas familiares), considerando las siguientes definiciones:

- **Expirada o Terminada:** Es aquella póliza o asegurado cuyo periodo de cobertura terminó durante el ejercicio que se está reportando.
- **Cancelada:** Es aquella póliza o asegurado en el cual, el derecho a la(s) cobertura(s) del plan ha terminado, por cualquier causa, excepto las de expiración y siniestro en el ejercicio de reporte.
- **En Vigor:** Es aquella póliza o asegurado cuyo plazo de cobertura al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta no se encuentra cancelada o expirada.
- **Alta:** Se refiere a la entrada de cualquier asegurado como integrante del grupo familiar a la póliza durante el ejercicio que se reporta.
- **Baja:** Se refiere a la salida de cualquier asegurado como integrante del grupo familiar de la póliza durante el ejercicio que se reporta.

2.- Archivo de datos "SINIESTROS"

Este archivo contendrá la información referente a la siniestralidad correspondiente a lo reclamado en el ejercicio que se reporta, considerando las siguientes definiciones:

- **Pagado parcial:** Es aquel siniestro que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, no se ha finiquitado.
- **Pagado total:** Es aquel siniestro que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, se encuentra finiquitado.
- **Pendiente de pago:** Es aquel siniestro que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, no se ha realizado ningún pago.
- **Rechazado o cancelado:** Se refiere a los siniestros que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta han sido determinados como no aceptados o no procedentes.

- **Litigio:** Se refiere a los siniestros que se encuentran en proceso legal, es decir, que se encuentran en la reserva específica y aún no existe una sentencia, laudo o resolución al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta.

Todas las cantidades deberán reportarse en pesos, incluyendo las pólizas en moneda extranjera o indexada al tipo de cambio o valor del índice al cierre del ejercicio correspondiente.

Todos los registros provendrán del seguro directo, salvo especificación en contrario.

Para facilitar el manejo de los campos que componen los archivos de información, se establece la siguiente definición:

Registro: Es el renglón completo del archivo de información, que se abre para cada asegurado amparado por una póliza individual o familiar, considerando todas las pólizas que hayan estado en vigor al menos un día del periodo que se reporta, y que contiene la información de acuerdo con la siguiente estructura de archivo.

II. Estructura de los archivos de información del Sistema Estadístico.

El manejo de los campos contenidos en el archivo de información deberá ajustarse a los siguientes criterios:

1. Cada renglón debe contener todos los campos que se detallan en la Circular S-20.2.3.2 y respetar el orden que en la misma se indica.
2. Cada campo deberá estar separado por el signo "|" conocido como "pipe".
3. En los campos donde no haya información o no se deba registrar información se dejarán vacíos, por lo que sólo será necesario cerrar el campo con el separador respectivo, mismo que aparecerá junto al anterior, quedando dos separadores continuos, ejemplo ||.
4. Los ceros contenidos en las claves de los catálogos, no deberán omitirse.
5. El registro de los campos correspondientes a montos deberá realizarse en moneda nacional y en pesos, es decir no al millar u otra conversión.
6. Los montos reportados no deberán contener comas (estas últimas son separadores en campos múltiples), contendrán el punto decimal y cuando se trate de cifras negativas, deberán iniciar con el signo "-", antepuesto al monto correspondiente.
7. Todas las cantidades en pesos deberán considerar no más de dos cifras decimales, cuando así lo requiera la descripción del campo correspondiente. Para los montos solicitados sin decimales, deberán ser redondeados, así como aquellos montos solicitados a dos decimales y que provengan de algún cálculo, deberán ser redondeados a la primera centésima.
8. El formato para los campos de fechas será AAAAMMDD.
9. En aquellos campos que requieran caracteres alfabéticos, éstos deberán ser reportados con mayúsculas (no deberán utilizar minúsculas) excepto en los campos correspondientes al número de póliza, asegurado y siniestro.
10. En ningún caso deberán registrarse signos especiales dentro de los campos, como por ejemplo: /, \$, %, &, ¿, #, |, @, etc., es decir, ningún signo diferente al alfabeto castellano en mayúsculas (sin considerar la "Ñ", la cual en su caso, será sustituida por la letra "N"), o diferente a los números arábigos del 0 al 9, a excepción del signo "-" (negativo) para los campos numéricos que lo ameriten.
11. Al final de cada registro deberá agregarse el signo ";" (punto y coma, que es el separador de registros).

Ejemplos:

- a) Si se requiere reportar en un campo inicial la clave "0048", ésta deberá aparecer como:

0048|

- b) Si se requiere reportar en un campo intermedio una cantidad negativa por 34,527.045 pesos, esta cifra deberá aparecer como:

|-34527.05|

- c) Si se requiere reportar, en un campo final la fecha 15 de junio de 1988, ésta deberá aparecer como:

|19880615|;

A continuación se presenta la lista de campos de los archivos de información solicitados, iniciando con el de "EMISION", considerando las principales características de cada uno de los campos que conforman el Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Individual de la Operación de Accidentes y Enfermedades, es decir, se identifica la descripción de cada campo, su longitud máxima, su tipo y si el campo está ligado a un catálogo (es decir, claves).

A. Lista de campos del archivo de información "EMISION"				
No.	Campo	Longitud máxima	Tipo	No. de catálogo
1	Compañía (tipo)	1	Alfanumérico	
2	Compañía (clave)	4	Alfanumérico	
3	Año y mes de reporte	6	Numérico	
4	Póliza (número)	20	Alfanumérico	
5	Asegurado (número)	20	Alfanumérico	
6	Tipo de seguro	1	Alfanumérico	
7	Moneda	1	Alfanumérico	
8	Fecha de inicio de vigencia	8	Numérico	
9	Fecha de fin de vigencia	8	Numérico	
10	Fecha de alta (asegurado)	8	Numérico	
11	Fecha de baja (asegurado)	8	Numérico	
12	Fecha de nacimiento	8	Numérico	
13	Sexo	1	Alfanumérico	
14	Póliza (estatus)	1	Numérico	1
15	Asegurado (estatus)	1	Numérico	1
16	Forma de venta	1	Numérico	
17	Entidad del contratante	2	Alfanumérico	2
18	Periodo de espera	2	Numérico	
19	S.A. alcanzada beneficio 1	20	Numérico	
20	S.A. alcanzada beneficio 2	20	Numérico	
21	S.A. alcanzada beneficio 3	20	Numérico	
22	S.A. alcanzada beneficio 4	20	Numérico	
23	S.A. alcanzada beneficio 5	20	Numérico	
24	Prima emitida beneficio 1	15	Numérico	
25	Prima emitida beneficio 2	15	Numérico	
26	Prima emitida beneficio 3	15	Numérico	
27	Prima emitida beneficio 4	15	Numérico	
28	Prima emitida beneficio 5	15	Numérico	
29	Prima riesgo beneficio 1	15	Numérico	
30	Prima riesgo beneficio 2	15	Numérico	
31	Prima riesgo beneficio 3	15	Numérico	
32	Prima riesgo beneficio 4	15	Numérico	
33	Prima riesgo beneficio 5	15	Numérico	

A continuación se muestra la descripción de cada campo del archivo de información de "SINIESTROS":

B. Lista de campos del archivo de información "SINIESTROS"				
No.	Campo	Longitud máxima	Tipo	No. de catálogo
1	Compañía (tipo)	1	Alfanumérico	
2	Compañía (clave)	4	Alfanumérico	
3	Año y mes de reporte	6	Numérico	
4	Póliza (número)	20	Alfanumérico	
5	Asegurado (número)	20	Alfanumérico	
6	Siniestro (número)	20	Alfanumérico	
7	Reclamación (número)	20	Alfanumérico	
8	Tipo de seguro	1	Alfanumérico	
9	Fecha de ocurrencia de la reclamación	8	Numérico	
10	Fecha de reporte de la reclamación	8	Numérico	
11	Estatus del siniestro (o reclamación)	1	Numérico	4
12	Entidad de ocurrencia del siniestro	2	Alfanumérico	2
13	Cobertura afectada	1	Numérico	3
14	Monto del siniestro	15	Numérico	
15	Causa del siniestro	3	Alfanumérico	ICD-10
16	Monto deducible	15	Numérico	
17	Monto coaseguro (convenido)	15	Numérico	

III. Definición de los campos que conforman los archivos de información estadística.

III.1 Archivo de información "EMISION".

A continuación se define cada uno de los campos que conforman el archivo de información estadística "EMISION":

- 1. Compañía (tipo):** Se especificará para todos los registros del archivo, con la clave del tipo de compañía que hace entrega del archivo de información cuyo único valor será "S".
- 2. Compañía (clave):** Se especificará para cada registro del archivo, la clave de la compañía que hace entrega del mismo.
- 3. Año y mes de reporte:** Se capturará el año y mes de reporte para cada registro, mismos que corresponden al cierre del ejercicio de reporte que se trate, con el formato AAAAMM.
- 4. Póliza (número):** Se identificará a cada registro con el número de la póliza que la propia compañía le haya asignado, tanto el registro del titular del seguro como los correspondientes a cada uno de los dependientes o asegurados. Este campo se deberá reportar para todas las pólizas o asegurados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
- 5. Asegurado (número):** Se especificará el número de asegurado en el caso de pólizas de seguro familiares. Si el registro corresponde a una póliza individual, este campo deberá dejarse vacío. Este campo se reportará para cada una de las pólizas o asegurados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
- 6. Tipo de seguro:** Se identificará a cada registro con el valor I = Individual. Este campo deberá reportarse para todas las pólizas o asegurados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
- 7. Moneda:** Para cada registro se reportará la moneda en que fue emitida la póliza utilizando las claves; N = Nacional, E = Extranjera o I = Indizada. Este campo se reportará para cada una de las pólizas o asegurados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.

8. **Fecha de inicio de vigencia:** Se reportará la fecha a partir de la cual la póliza (actual, o última renovación, en su caso) del asegurado a quien corresponde el registro, entró en vigor. Este campo se reportará para cada una de las pólizas o asegurados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
9. **Fecha de fin de vigencia:** Se reportará la fecha en que finaliza la vigencia de la póliza (actual, o última renovación, en su caso). Este campo se reportará para cada una de las pólizas o asegurados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
10. **Fecha de alta (asegurado):** Corresponde a la fecha en que se dio de alta, en la póliza el asegurado a quien corresponde el registro (familiar). Este campo se reportará para cada una de los asegurados de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentren en vigor en esta última fecha. En los registros que no se tratan de asegurados, este campo deberá reportarse vacío.
11. **Fecha de baja (asegurado):** Corresponde a la fecha en que se dio de baja, de la póliza el asegurado a quien corresponde el registro (familiar). Este campo se reportará para cada uno de los asegurados de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentren en vigor en esta última fecha. En los registros que no se tratan de asegurados, este campo deberá reportarse vacío.
12. **Fecha de nacimiento:** Se especificará la fecha de nacimiento del asegurado a quien corresponda el registro, indicando el año, mes y día de su nacimiento para cada una de las pólizas o asegurados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
13. **Sexo:** Se identificará el sexo del asegurado a quien corresponda el registro, donde los valores permitidos son **F** = Femenino y **M** = Masculino, para cada una de las pólizas y asegurados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza no se encuentre en vigor en esta última fecha.
14. **Póliza (estatus):** Se reportará mediante las claves del catálogo 1 y correspondiendo a las definiciones establecidas en la sección I, la situación en que se encuentra la póliza a la fecha de reporte. Este campo se deberá reportar para todas las pólizas o asegurados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
15. **Asegurado (estatus):** Se reportará mediante las claves del catálogo 1 y correspondiendo a las definiciones establecidas en la sección I, la situación en que se encuentra el asegurado a la fecha de reporte. Este campo se deberá reportar para todos los asegurados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que el asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
16. **Forma de venta:** Se reportará el conducto a través del cual, fue contratada la póliza en la fecha en que se emitió la póliza del asegurado a quien corresponde el registro. Tendrá el valor de **A** = Agente, **B** = Broker, **C** = Conducto directo y **D** = Empleado Bancario. Este campo se reportará para cada una de las pólizas o asegurados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
17. **Entidad del contratante:** Se especificará el estado de la República (o el extranjero) en donde radique el contratante a quien corresponda el registro, clasificado de acuerdo al catálogo 2, para cada una de las pólizas o asegurados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
18. **Periodo de espera:** Se registrará el número de meses considerados como periodo de espera a la emisión de la póliza o asegurado, en los casos de invalidez o incapacidad derivados de un accidente cubierto que requiera dicho periodo. Para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no exista dicho periodo, este campo se dejará vacío.

19. **S.A. alcanzada beneficio 1:** Se registrará el monto de suma asegurada contratada (sin decimales), a la emisión de la póliza o asegurado, para el beneficio 1 (básico) de Accidentes Personales. Para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
20. **S.A. alcanzada beneficio 2:** Se registrará el monto de suma asegurada contratada (sin decimales), a la emisión de la póliza o asegurado, para el beneficio 2 (pérdidas orgánicas). Para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado dicho beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
21. **S.A. alcanzada beneficio 3:** Se registrará el monto de suma asegurada contratada (sin decimales), a la emisión de la póliza o asegurado, para el beneficio 3 (indemnización diaria por invalidez). Para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado dicho beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
22. **S.A. alcanzada beneficio 4:** Se registrará el monto de suma asegurada contratada (sin decimales), a la emisión de la póliza o asegurado, para el beneficio 4 (reembolso de Gastos Médicos). Para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
23. **S.A. alcanzada beneficio 5:** Se registrará la suma de los montos de sumas aseguradas contratadas (sin decimales), a la emisión de la póliza o asegurado, para el beneficio 5 (otros beneficios). Para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado dicho beneficio, este campo se deberá reportar vacío.

Ejemplos:

Concepto y suma asegurada:	Llenado del campo:
Otros beneficios: 150,000	150000
Otros beneficios: 25,000 y 35,500	60500
Otros beneficios: Ninguno	

24. **Prima emitida beneficio 1:** Se registrará la prima emitida registrada en el periodo de reporte (con 2 decimales) del beneficio 1 (básico), para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
25. **Prima emitida beneficio 2:** Se registrará la prima emitida registrada en el periodo de reporte (con 2 decimales) del beneficio 2 (pérdidas orgánicas), para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado este beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
26. **Prima emitida beneficio 3:** Se registrará la prima emitida registrada en el periodo de reporte (con 2 decimales) del beneficio 3 (indemnización diaria por invalidez), para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado este beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
27. **Prima emitida beneficio 4:** Se registrará la prima emitida registrada en el periodo de reporte (con 2 decimales) del beneficio 4 (reembolso de Gastos Médicos), para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado este beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
28. **Prima emitida beneficio 5:** Se registrará la suma de las primas emitidas registradas en el periodo (con 2 decimales) del beneficio 5 (otros beneficios), para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente

de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se hayan contratado otros beneficios, este campo se deberá reportar vacío.

29. **Prima riesgo beneficio 1:** Se registrará la prima de riesgo a la emisión (con 2 decimales) del beneficio 1 (**básico**), para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
30. **Prima riesgo beneficio 2:** Se registrará la prima de riesgo a la emisión (con 2 decimales) del beneficio 2 (**pérdidas orgánicas**), para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado este beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
31. **Prima riesgo beneficio 3:** Se registrará la prima de riesgo a la emisión (con 2 decimales) del beneficio 3 (**indemnización diaria por invalidez**), para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado este beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
32. **Prima riesgo beneficio 4:** Se registrará la prima de riesgo a la emisión (con 2 decimales) del beneficio 4 (**reembolso de Gastos Médicos**), para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado este beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
33. **Prima riesgo beneficio 5:** Se registrará la suma de las primas de riesgo a la emisión (con 2 decimales) del beneficio 5 (**otros beneficios**), para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se hayan contratado otros beneficios, este campo se deberá reportar vacío.

III.2 Archivo de información "SINIESTROS".

A continuación se definen cada uno de los campos que conforman el archivo de información estadística para "SINIESTROS".

1. **Compañía (tipo):** Se especificará para todos los registros del archivo, con la clave del tipo de compañía que hace entrega del archivo de información cuyo único valor será "S".
2. **Compañía (clave):** Se especificará para cada registro del archivo, la clave de la compañía que hace entrega del mismo.
3. **Año y mes de reporte:** Se capturará el año y mes de reporte para cada registro, mismos que corresponden al cierre del ejercicio de reporte que se trate, con el formato AAAAMM.
4. **Póliza (número):** Se identificará a cada registro con el número de la póliza que la propia compañía le haya asignado, tanto el registro del titular del seguro como los correspondientes a cada uno de los dependientes o asegurados. Este campo se deberá reportar para todas las pólizas o asegurados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
5. **Asegurado (número):** Se especificará el número de asegurado en el caso de pólizas de seguro familiares. Si el registro corresponde a una póliza individual, este campo deberá dejarse vacío. Este campo se deberá reportar para todas las pólizas o asegurados que hayan presentado una reclamación del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
6. **Siniestro (número):** Se reportará el número de siniestro asignado cuya reclamación se registró en el ejercicio que se reporta. Este campo será capturado para cada una de las pólizas o asegurados que hayan presentado una reclamación del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
7. **Reclamación (número):** Se reportará el número de reclamación derivado del siniestro registrado en el ejercicio que se reporta. Este campo será capturado para cada una de las reclamaciones pertenecientes a cada póliza y asegurado que hayan presentado del 1 de enero al 31 de diciembre

del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.

8. **Tipo de seguro:** Se identificará a cada registro con el valor **I** = Individual. Este campo será capturado para cada una de las pólizas o asegurados que hayan presentado una reclamación del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
9. **Fecha de ocurrencia de la reclamación:** Se reportará la fecha de ocurrencia del siniestro en caso de fallecimiento, o en caso de beneficios adicionales, la fecha del comprobante del primer gasto erogado del siniestro, cuya reclamación se registró en el ejercicio que se reporta. Este campo será capturado para cada una de las pólizas o asegurados que hayan presentado una reclamación del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
10. **Fecha de reporte de la reclamación:** Se reportarán el año, mes y día en que fue registrado contablemente a la compañía la reclamación en caso de beneficios adicionales y en caso de fallecimiento la fecha de reporte del siniestro, en el ejercicio que se reporta. Este campo será capturado para cada una de las pólizas o asegurados que hayan presentado una reclamación del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
11. **Estatus del Siniestro o reclamación:** Se reportará mediante la clave del catálogo 4, y correspondiendo a las definiciones establecidas en la Sección I, para las reclamaciones registradas en el ejercicio que se reporta. Este campo será capturado para cada una de las pólizas o asegurados que hayan presentado una reclamación del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
12. **Entidad de ocurrencia del siniestro:** Se especificará el estado de la República (o el extranjero) en donde ocurrió el siniestro, clasificado de acuerdo al catálogo 2, para cada uno de los siniestros que hayan presentado una reclamación del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
13. **Cobertura afectada:** Se identificará a cada registro con el valor **1** = Fallecimiento, **2** = Pérdidas orgánicas, **3** = Invalidez, **4** = Reembolso de Gastos Médicos, **5** = Otro; por cada asegurado del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
14. **Monto del siniestro:** Se reportará el importe total procedente (con dos decimales), sin descontar deducible, coaseguro ni límites de responsabilidad del beneficio reclamado, del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que este concepto no exista, se deberá reportar el campo vacío.
15. **Causa del siniestro:** Se reportará mediante clave del catálogo ICD-10 (International Classification of Diseases No. 10, con las tres primeras posiciones de la clave, es decir, la enfermedad o accidente genérico), la causa del siniestro ocurrido al asegurado, de los siniestros reclamados por este concepto durante el ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor al 31 de diciembre.
16. **Monto del deducible:** Se reportará la cantidad (con dos decimales) que quedó a cargo del asegurado por este concepto, de las reclamaciones durante el ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor al 31 de diciembre. En el caso de los registros cuyo monto no exista o no aplique, este campo se reportará vacío.
17. **Monto del Coaseguro (convenido):** Se reportará la cantidad (con dos decimales) a cargo del asegurado por este concepto, de las reclamaciones durante el ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor al 31 de diciembre. En el caso de los registros cuyo monto no exista o no aplique, este campo se reportará vacío.

IV CATALOGOS

Catálogo 1

Clave	Póliza (estatus)
1	Vigor
2	Expirada

3	Cancelada
4	Baja por muerte o invalidez

Catálogo 2

Clave	Entidad federativa
01	Aguascalientes
02	Baja California
03	Baja California Sur
04	Campeche
05	Coahuila
06	Colima
07	Chiapas
08	Chihuahua
09	Distrito Federal
10	Durango
11	Guanajuato
12	Guerrero
13	Hidalgo
14	Jalisco
15	Estado de México
16	Michoacán
17	Morelos
18	Nayarit
19	Nuevo León
20	Oaxaca
21	Puebla
22	Querétaro
23	Quintana Roo
24	San Luis Potosí
25	Sinaloa
26	Sonora
27	Tabasco
28	Tamaulipas
29	Tlaxcala
30	Veracruz
31	Yucatán
32	Zacatecas
33	Extranjero
34	Desconocido

Catálogo 3

Clave	Beneficios
-------	------------

1	Básica o Muerte Accidental
2	Pérdidas Orgánicas
3	Indemnización Diaria por Invalidez
4	Reembolso de Gastos Médicos Mayores
5	Otros

Catálogo 4

Clave	Siniestro (estatus)
1	Procedente o pagado total
2	Pago parcial
3	Pendiente de dictamen
4	Litigio
5	Rechazado o cancelado el pago

CIRCULAR S-20.2.3.1.2 mediante la cual se comunica a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros autorizadas para la práctica de la operación de accidentes y enfermedades, la nueva estructura del Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Grupo de la Operación de Accidentes y Enfermedades y la forma y términos para su entrega.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CIRCULAR S-20.2.3.1.2

Asunto: se comunica la nueva estructura del Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Grupo de la Operación de Accidentes y Enfermedades y la forma y términos para su entrega.

A las instituciones y sociedades
mutualistas de seguros autorizadas
para la práctica de la operación
de accidentes y enfermedades.

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 107 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, esas instituciones y sociedades deberán presentar ante esta Comisión, en la forma y términos que al efecto establezca, los informes y pruebas que sobre su organización, operaciones, contabilidad, inversiones o patrimonio les soliciten para fines de regulación, supervisión, control, inspección, vigilancia, estadística y demás funciones que conforme a dicha Ley u otras disposiciones legales y administrativas les corresponda ejercer.

Al respecto, con el propósito de modernizar el Sistema Estadístico para la Operación de Accidentes y Enfermedades en lo que corresponde al ramo de Accidentes Personales Grupo, y lograr una mayor eficiencia en el proceso de presentación de la información que realizan esas instituciones y sociedades, este Organismo Desconcentrado ha resuelto establecer una nueva estructura de dicho sistema y procedimientos para su envío y presentación ante esta Comisión. Para ello, por una parte se efectuó una revisión de los formatos del Sistema Estadístico del Sector Asegurador (SESA) para la operación de Accidentes y Enfermedades en lo que respecta al ramo de Accidentes Personales Grupo y de las variables que conforman dicho sistema, con el objeto de sustituir los formatos rígidos de entrega por bases de datos en formato texto.

Por otra parte, se han efectuado las adecuaciones necesarias, para que el envío de información que realizan esas instituciones y sociedades se lleve a cabo vía Internet, utilizando el Sistema de Entrega de Información Vía Electrónica, a través de la página Web de esta Comisión, cuya dirección electrónica es www.cnsf.gob.mx.

Derivado de lo anterior, esta Comisión ha resuelto emitir los siguientes lineamientos a los que deberán sujetarse esas instituciones y sociedades para el envío de la información correspondiente al Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Grupo de la Operación de Accidentes y Enfermedades, en cumplimiento a las disposiciones legales y administrativas vigentes:

PRIMERO.- Para efectos de la presente Circular, se entenderá por Grupo, cualquier conjunto de personas con un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato sin detrimento del Reglamento del Seguro de Grupo.

En ese sentido, dentro de este sistema estadístico también se deberá reportar la información de los denominados “seguros colectivos” de Accidentes Personales.

SEGUNDO.- Esas instituciones y sociedades deberán presentar anualmente vía Internet a esta Comisión, la información estadística correspondiente para el Ramo de Accidentes Personales Grupo, misma que deberá enviarse dentro de los primeros cincuenta días naturales siguientes al cierre del ejercicio.

En caso de que la fecha límite para la presentación de la información estadística de que se trata, sea día inhábil, se considerará como fecha límite el día hábil inmediato siguiente. Asimismo, en caso de que dicho envío no sea posible por causa de fuerza mayor, esas instituciones y sociedades podrán entregar en uno o varios disco(s) compacto(s) dicha información en la ventanilla única de recepción de la misma Comisión, sita en avenida Insurgentes Sur 1971, Torre 2 Norte, primer piso, colonia Guadalupe Inn, código postal 01020, México, D.F., en horario de 9:00 a 14:00 y de 15:00 a 18:00 horas, a más tardar al día hábil siguiente al de la fecha de entrega por Internet, en donde se les hará entrega del acuse de recibo correspondiente.

TERCERO.- Esas instituciones y sociedades deberán presentar los archivos electrónicos que contengan la información estadística para el Ramo de Accidentes Personales Grupo, de acuerdo a los lineamientos establecidos en la presente Circular, únicamente por vía remota, utilizando el Sistema de Entrega de Información Vía Electrónica, a través de la página Web de esta Comisión, sujetándose al “Manual del Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Grupo de la Operación de Accidentes y Enfermedades”, que como anexo se adjunta a la presente Circular, y de conformidad con las disposiciones que al efecto dé a conocer esta Comisión en su oportunidad relativas a la integración de archivos, empaquetamiento y técnicas de envío.

CUARTO.- La información estadística a que se refiere la presente Circular, deberá organizarse en dos archivos tipo texto, uno correspondiente a la información estadística relativa a la Emisión, y el otro para reportar la información relativa a los Siniestros, de conformidad con lo establecido en el “Manual del Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Grupo de la Operación de Accidentes y Enfermedades”.

Los nombres de los archivos antes mencionados, deberán integrarse de la siguiente manera:

- Para el archivo correspondiente a la **EMISION**:

Tipo de Compañía + Clave de la Compañía + Año + EMI + APG + .TXT

- Para el archivo relativo a **SINIESTROS**:

Tipo de Compañía + Clave de la compañía + Año + SIN + APG + .TXT

Donde:

Tipo de Compañía S = Seguros.

Clave de la compañía = Número que le haya sido asignado a la compañía por esta Comisión. Dicho número deberá antecederse por ceros hasta completar cuatro posiciones.

Año = Últimos dos dígitos del ejercicio que se reporta.

EMI = Emisión

SIN = Siniestros

APG = Accidentes Personales Grupo.

.TXT = Extensión que se refiere a un archivo (ASCII) plano de tipo texto.

Ejemplo: Los nombres de los dos archivos del Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales para la compañía 48, a diciembre de 2007 serán:

S004807EMIAPG.TXT y S004807SINAPG.TXT

QUINTO.- Esas instituciones y sociedades deberán entregar los dos archivos de información estadística a que se refiere el lineamiento anterior presentando en el primer registro de ambos archivos, un "registro de control" de conformidad con lo siguiente:

El "registro de control" deberá especificar el monto total de cada uno de los campos numéricos (montos o cantidades), así como el número de registros que contenga cada archivo para los demás campos restantes y diferentes de vacío, separados por el signo "]" conocido como "pipe".

En caso de que las cifras del "registro de control" no sean consistentes con lo reportado en cada uno de los archivos de texto, dicha información se considerará como no presentada para los efectos de la presente Circular.

SEXTO.- Los montos a los que se refiere la presente Circular corresponden a cifras históricas (no reexpresadas).

SEPTIMO.- El envío de la información a que se refiere la presente Circular, deberá hacerse de manera completa, de conformidad con lo establecido en los presentes lineamientos, así como en la forma y términos que en los mismos se señalan. Por lo anterior, se considerará entregada la información del Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Grupo, cuando esas instituciones y sociedades hayan enviado la información correspondiente en tiempo y forma, y cuenten con los Acuses de Recibo y Validación correspondientes.

A falta de cualquiera de los elementos anteriores, se considerará como no entregada para los efectos de la presente Circular.

OCTAVO.- Una vez que esas instituciones y sociedades hayan realizado el envío de información vía Internet a que se refiere la presente Circular, la información será recibida y validada por esta Comisión.

Para tal efecto, en el Sistema de Entrega de Información Vía Electrónica se mostrará el número de transacción con el que se registra el envío correspondiente, así como la fecha y la hora del mismo, notificándose vía correo electrónico, la confirmación de recepción de la información.

El proceso de la validación de la información de que se trata, así como el resultado de la misma, se notificará vía correo electrónico al responsable del envío de la información, al día hábil siguiente de haberse recibido la misma. Aquella información que no cumpla con las validaciones consideradas por el propio sistema será devuelta para su corrección, considerándola como no presentada.

NOVENO.- Para el caso de que la institución o sociedad se encuentre facultada para operar el ramo de Accidentes Personales Grupo y no haya operado en el periodo de reporte, no será necesario que presente en ceros su información en medio electrónico; sin embargo, deberá exponer claramente dicha situación, mediante un escrito firmado por el Director General de la institución o sociedad o, en su defecto, por algún funcionario del nivel inmediato inferior al de aquél. Dicho escrito deberá ser presentado dentro de los primeros cincuenta días naturales siguientes al cierre del ejercicio a reportar, en la ventanilla única de recepción de la Dirección General de Informática de esta Comisión, sita en Avenida Insurgentes Sur 1971, Torre 2 Norte, primer piso, colonia Guadalupe Inn, C.P. 01020, México, D.F., en horario de 9:00 a 14:00 y de 15:00 a 18:00 horas, en días hábiles.

DECIMO.- En aquellos casos en que esas instituciones y el contratante de alguna póliza hayan convenido que la administración de la misma sea llevada a cabo por este último, se deberá establecer en el contrato respectivo que la Institución de Seguros tendrá acceso a la información correspondiente, a efecto de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en esta Circular, así como con los requerimientos de información establecidos por esta Comisión.

DECIMO PRIMERO.- De acuerdo con los lineamientos establecidos en la presente Circular, esas instituciones y sociedades mutualistas de seguros podrán hacerse acreedoras a una o más de las sanciones establecidas en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros por los siguientes motivos:

- a) Por la falta de presentación de la información a que se refiere la presente Circular dentro de los plazos establecidos para tales efectos o por la presentación extemporánea de la citada información.
- b) Por la presentación de la información validada por el propio Sistema pero incorrecta, incompleta y/o inadecuada, y que dé lugar a su sustitución.

- c) Cuando la información que hayan presentado no cumpla con las validaciones que se realicen, y que dé lugar a su sustitución.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- La presente Circular entrará en vigor al día hábil siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Las instituciones y sociedades mutualistas de seguros deberán presentar la información estadística relativa al ramo de Accidentes Personales Grupo correspondiente a los ejercicios de 2006, 2007 y 2008, en los términos previstos en esta Circular o de conformidad con lo establecido en la Circular S-20.2 del 7 de septiembre de 2001 y en la Circular S-20.2.3 del 16 de diciembre de 1998.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108 fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 10 de noviembre de 2006.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,
Manuel S. Aguilera Verduzco.- Rúbrica.

ANEXO

MANUAL DEL SISTEMA ESTADISTICO PARA EL RAMO DE ACCIDENTES PERSONALES GRUPO DE LA OPERACION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Contenido.

- I. Consideraciones generales.
- II. Estructura de los archivos de información del Sistema Estadístico.
- III. Definición de campos que conforman los archivos de información estadística.
 - III.1 Archivo de información "EMISION".
 - III.2 Archivo de información "SINIESTROS".
- IV. Catálogos.

I. Consideraciones generales.

El Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Grupo estará conformado por dos archivos de información:

1.- Archivo de información "EMISION"

Este archivo contendrá la información referente a la emisión de pólizas y asegurados (Grupo), considerando las siguientes definiciones:

- **Expirada o Terminada:** Es aquella póliza o asegurado cuyo periodo de cobertura terminó durante el ejercicio que se está reportando.
- **Cancelada:** Es aquella póliza o asegurado en el cual, el derecho a la(s) cobertura(s) del plan ha terminado, por cualquier causa, excepto las de expiración y siniestro en el ejercicio de reporte.
- **En Vigor:** Es aquella póliza o asegurado cuyo plazo de cobertura al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta no se encuentra cancelada o expirada.
- **Alta:** Se refiere a la entrada de cualquier asegurado como integrante del Grupo a la póliza durante el ejercicio que se reporta.
- **Baja:** Se refiere a la salida de cualquier asegurado como integrante del Grupo de la póliza durante el ejercicio que se reporta.

2.- Archivo de datos "SINIESTROS"

Este archivo contendrá la información referente a la siniestralidad correspondiente a lo reclamado en el ejercicio que se reporta, considerando las siguientes definiciones:

- **Pagado parcial:** Es aquel siniestro que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, no se ha finiquitado.
- **Pagado total:** Es aquel siniestro que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, se encuentra finiquitado.
- **Pendiente de pago:** Es aquel siniestro que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, no se ha realizado ningún pago.
- **Rechazado o cancelado:** Se refiere a los siniestros que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta han sido determinados como no aceptados o no procedentes.
- **Litigio:** Se refiere a los siniestros que se encuentran en proceso legal, es decir, que se encuentran en la reserva específica y aún no existe una sentencia, laudo o resolución al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta.

Todas las cantidades deberán reportarse en pesos, incluyendo las pólizas en moneda extranjera o indexada al tipo de cambio o valor del índice al cierre del ejercicio correspondiente.

Todos los registros provendrán del seguro directo, salvo especificación en contrario.

Para facilitar el manejo de los campos que componen los archivos de información, se establece la siguiente definición:

Registro: Es el renglón completo del archivo de información, que se abre para cada integrante del Grupo (asegurado), considerando todas las pólizas que hayan estado en vigor al menos un día del periodo que se reporta, y que contiene la información de acuerdo con la siguiente estructura de archivo.

II. Estructura de los archivos de información del Sistema Estadístico.

El manejo de los campos contenidos en el archivo de información deberá ajustarse a los siguientes criterios:

1. Cada renglón debe contener todos los campos que se detallan en la Circular S-20.2.3.3 y respetar el orden que en la misma se indica.
2. Cada campo deberá estar separado por el signo "|" conocido como "pipe".
3. En los campos donde no haya información o no se deba registrar información se dejarán vacíos, por lo que sólo será necesario cerrar el campo con el separador respectivo, mismo que aparecerá junto al anterior, quedando dos separadores continuos, ejemplo ||.
4. Los ceros contenidos en las claves de los catálogos, no deberán omitirse.
5. El registro de los campos correspondientes a montos deberá realizarse en moneda nacional y en pesos, es decir no al millar u otra conversión.
6. Los montos reportados no deberán contener comas (estas últimas son separadores en campos múltiples), contendrán el punto decimal y cuando se trate de cifras negativas, deberán iniciar con el signo "-", antepuesto al monto correspondiente.
7. Todas las cantidades en pesos deberán considerar no más de dos cifras decimales, cuando así lo requiera la descripción del campo correspondiente. Para los montos solicitados sin decimales, deberán ser redondeados, así como aquellos montos solicitados a dos decimales y que provengan de algún cálculo, deberán ser redondeados a la primera centésima.
8. El formato para los campos de fechas será AAAAMMDD.
9. En aquellos campos que requieran caracteres alfabéticos, éstos deberán ser reportados con mayúsculas (no deberán utilizar minúsculas) excepto en los campos correspondientes al número de póliza, asegurado y siniestro.
10. En ningún caso deberán registrarse signos especiales dentro de los campos, como por ejemplo: /, \$, %, &, ?, #, |, @, etc., es decir, ningún signo diferente al alfabeto castellano en mayúsculas (sin considerar la "N", la cual en su caso, será sustituida por la letra "N"), o diferente a los números arábigos del 0 al 9, a excepción del signo "-" (negativo) para los campos numéricos que lo ameriten.
11. Al final de cada registro deberá agregarse el signo ";" (punto y coma, que es el separador de registros).

Ejemplos:

- a) Si se requiere reportar en un campo inicial la clave "0048", ésta deberá aparecer como:
0048|
- b) Si se requiere reportar en un campo intermedio una cantidad negativa por 34,527.045 pesos, esta cifra deberá aparecer como:
|-34527.05|
- c) Si se requiere reportar, en un campo final la fecha 15 de junio de 1988, ésta deberá aparecer como:
|19880615|;

A continuación se presenta la lista de campos de los archivos de información solicitados, iniciando con el de "EMISION", considerando las principales características de cada uno de los campos que conforman el Sistema Estadístico para el Ramo de Accidentes Personales Grupo de la Operación de Accidentes y Enfermedades, es decir, se identifica la descripción de cada campo, su longitud máxima, su tipo y si el campo está ligado a un catálogo (es decir, claves).

A. Lista de campos del archivo de información "EMISION"				
No.	Campo	Longitud máxima	Tipo	No. de catálogo
1	Compañía (tipo)	1	Alfanumérico	
2	Compañía (clave)	4	Alfanumérico	
3	Año y mes de reporte	6	Númérico	
4	Póliza (número)	20	Alfanumérico	
5	Asegurado (número)	20	Alfanumérico	
6	Tipo de seguro	1	Alfanumérico	
7	Moneda	1	Alfanumérico	
8	Fecha de inicio de vigencia	8	Númérico	
9	Fecha de fin de vigencia	8	Númérico	
10	Fecha de alta (asegurado)	8	Númérico	
11	Fecha de baja (asegurado)	8	Númérico	
12	Fecha de nacimiento	8	Númérico	
13	Sexo	1	Alfanumérico	
14	Póliza (estatus)	1	Númérico	1
15	Asegurado (estatus)	1	Númérico	1
16	Forma de venta	1	Númérico	
17	Entidad del contratante	2	Alfanumérico	2
18	Periodo de espera	2	Númérico	
19	S.A. alcanzada beneficio 1	20	Númérico	
20	S.A. alcanzada beneficio 2	20	Númérico	
21	S.A. alcanzada beneficio 3	20	Númérico	
22	S.A. alcanzada beneficio 4	20	Númérico	
23	S.A. alcanzada beneficio 5	20	Númérico	
24	Prima emitida beneficio 1	15	Númérico	
25	Prima emitida beneficio 2	15	Númérico	
26	Prima emitida beneficio 3	15	Númérico	
27	Prima emitida beneficio 4	15	Númérico	
28	Prima emitida beneficio 5	15	Númérico	
29	Prima riesgo beneficio 1	15	Númérico	
30	Prima riesgo beneficio 2	15	Númérico	
31	Prima riesgo beneficio 3	15	Númérico	
32	Prima riesgo beneficio 4	15	Númérico	
33	Prima riesgo beneficio 5	15	Númérico	
34	Tipo de dividendo	1	Alfanumérico	4
35	Monto del dividendo	15	Númérico	

A continuación se muestra la descripción de cada campo del archivo de información de "SINIESTROS":

B. Lista de campos del archivo de información "SINIESTROS"				
No.	Campo	Longitud máxima	Tipo	No. de catálogo
1	Compañía (tipo)	1	Alfanumérico	
2	Compañía (clave)	4	Alfanumérico	
3	Año y mes de reporte	6	Númérico	
4	Póliza (número)	20	Alfanumérico	
5	Asegurado (número)	20	Alfanumérico	
6	Siniestro (número)	20	Alfanumérico	
7	Reclamación (número)	20	Alfanumérico	
8	Tipo de seguro	1	Alfanumérico	
9	Fecha de ocurrencia de la reclamación	8	Númérico	
10	Fecha de reporte de la reclamación	8	Númérico	
11	Estatus del siniestro (o reclamación)	1	Númérico	5
12	Entidad de ocurrencia del siniestro	2	Alfanumérico	2
13	Cobertura afectada	1	Númérico	3
14	Monto del siniestro	15	Númérico	
15	Causa del siniestro	3	Alfanumérico	ICD-10
16	Monto deducible	15	Númérico	
17	Monto coaseguro (convenido)	15	Númérico	

III. Definición de los campos que conforman los archivos de información estadística.

III.1 Archivo de información "EMISION".

A continuación se define cada uno de los campos que conforman el archivo de información estadística "EMISION":

- 1. Compañía (tipo):** Se especificará para todos los registros del archivo, con la clave del tipo de compañía que hace entrega del archivo de información cuyo único valor será "S".
- 2. Compañía (clave):** Se especificará para cada registro del archivo, la clave de la compañía que hace entrega del mismo.
- 3. Año y mes de reporte:** Se capturará el año y mes de reporte para cada registro, mismos que corresponden al cierre del ejercicio de reporte que se trate, con el formato AAAAMM.
- 4. Póliza (número):** Se identificará a cada registro con el número de la póliza que la propia compañía le haya asignado, a cada uno de los dependientes o asegurados. Este campo se deberá reportar para todos los certificados que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
- 5. Asegurado (número):** Se especificará el número de asegurado o certificado del Grupo. Este campo se reportará para cada uno de los certificados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
- 6. Tipo de seguro:** Se identificará a cada registro con el valor G = Grupo. Este campo deberá reportarse para todos los certificados que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
- 7. Moneda:** Para cada registro se reportará la moneda en que fue emitida la póliza utilizando las claves; N = Nacional, E = Extranjera o I = Indizada. Este campo se reportará para cada uno de los certificados que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.

8. **Fecha de inicio de vigencia:** Se reportará la fecha a partir de la cual la póliza (actual, o última renovación, en su caso) del asegurado a quien corresponde el registro, entró en vigor. Este campo se reportará para cada uno de los certificados que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
9. **Fecha de fin de vigencia:** Se reportará la fecha en que finaliza la vigencia de la póliza (actual, o última renovación, en su caso). Este campo se reportará para cada uno de los certificados que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
10. **Fecha de alta (asegurado):** Corresponde a la fecha en que se dio de alta, en la póliza el asegurado a quien corresponde el registro (Grupo). Este campo se reportará para cada uno de los certificados de las pólizas que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentren en vigor en esta última fecha. En los registros que no se tratan de asegurados, este campo deberá reportarse vacío.
11. **Fecha de baja (asegurado):** Corresponde a la fecha en que se dio de baja, de la póliza el asegurado a quien corresponde el registro (Grupo). Este campo se reportará para cada uno de los certificados de las pólizas que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentren en vigor en esta última fecha. En los registros que no se tratan de asegurados, este campo deberá reportarse vacío.
12. **Fecha de nacimiento:** Se especificará la fecha de nacimiento del asegurado a quien corresponda el registro, indicando el año, mes y día de su nacimiento para cada uno de los certificados que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
13. **Sexo:** Se identificará el sexo del asegurado a quien corresponda el registro, donde los valores permitidos son **F** = Femenino y **M** = Masculino, para cada uno de los certificados que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza no se encuentre en vigor en esta última fecha.
14. **Póliza (estatus):** Se reportará mediante las claves del catálogo 1 y correspondiendo a las definiciones establecidas en la sección I, la situación en que se encuentra la póliza a la fecha de reporte. Este campo se deberá reportar para todas las pólizas o certificados que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
15. **Asegurado (estatus):** Se reportará mediante las claves del catálogo 1 y correspondiendo a las definiciones establecidas en la sección I, la situación en que se encuentra el asegurado a la fecha de reporte. Este campo se deberá reportar para todos los certificados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que el asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
16. **Forma de venta:** Se reportará el conducto a través del cual, fue contratada la póliza en la fecha en que se emitió la póliza del asegurado a quien corresponde el registro. Tendrá el valor de **A** = Agente, **B** = Broker, **C** = Conducto directo y **D** = Empleado Bancario. Este campo se reportará para cada uno de los certificados que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
17. **Entidad del contratante:** Se especificará el estado de la República (o el extranjero) en donde radique el contratante a quien corresponda el registro, clasificado de acuerdo al catálogo 2, para cada uno de los certificados que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
18. **Periodo de espera:** Se registrará el número de meses considerados como periodo de espera a la emisión de la póliza o asegurado, en los casos de invalidez o incapacidad derivados de un accidente cubierto que requiera dicho periodo. Para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza

o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no exista dicho periodo, este campo se dejará vacío.

19. **S.A. alcanzada beneficio 1:** Se registrará el monto de suma asegurada contratada (sin decimales), a la emisión del certificado, para el beneficio 1 (básico) de Accidentes Personales. Para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
20. **S.A. alcanzada beneficio 2:** Se registrará el monto de suma asegurada contratada (sin decimales), a la emisión del certificado, para el beneficio 2 (pérdidas orgánicas). Para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado dicho beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
21. **S.A. alcanzada beneficio 3:** Se registrará el monto de suma asegurada contratada (sin decimales), a la emisión del certificado, para el beneficio 3 (indemnización diaria por invalidez). Para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado dicho beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
22. **S.A. alcanzada beneficio 4:** Se registrará el monto de suma asegurada contratada (sin decimales), a la emisión del certificado, para el beneficio 4 (reembolso de Gastos Médicos). Para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
23. **S.A. alcanzada beneficio 5:** Se registrará la suma de los montos de sumas aseguradas contratadas (sin decimales), a la emisión del certificado, para el beneficio 5 (otros beneficios). Para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado dicho beneficio, este campo se deberá reportar vacío

Ejemplos;

Concepto y suma asegurada:	Llenado del campo:
Otros beneficios: 150,000	150000
Otros beneficios: 25,000 y 35,500	60500
Otros beneficios: Ninguno	

24. **Prima emitida beneficio 1:** Se registrará la prima emitida registrada en el periodo de reporte (con 2 decimales) del beneficio 1 (**básico**), para cada integrante de las pólizas que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
25. **Prima emitida beneficio 2:** Se registrará la prima emitida registrada en el periodo de reporte (con 2 decimales) del beneficio 2 (**pérdidas orgánicas**), para cada certificado que haya estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado este beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
26. **Prima emitida beneficio 3:** Se registrará la prima emitida registrada en el periodo de reporte (con 2 decimales) del beneficio 3 (**indemnización diaria por invalidez**), para cada certificado que haya estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado este beneficio, este campo se deberá reportar vacío.

27. **Prima emitida beneficio 4:** Se registrará la prima emitida registrada en el periodo de reporte (con 2 decimales) del beneficio 4 (**reembolso de Gastos Médicos**), para cada certificado que haya estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado este beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
28. **Prima emitida beneficio 5:** Se registrará la suma de las primas emitidas registradas en el período (con 2 decimales) del beneficio 5 (**otros beneficios**), para cada certificado que haya estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se hayan contratado otros beneficios, este campo se deberá reportar vacío.
29. **Prima riesgo beneficio 1:** Se registrará la prima de riesgo a la emisión (con 2 decimales) del beneficio 1 (**básico**), para cada certificado que haya estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
30. **Prima riesgo beneficio 2:** Se registrará la prima de riesgo a la emisión (con 2 decimales) del beneficio 2 (**pérdidas orgánicas**), para cada certificado que haya estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado este beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
31. **Prima riesgo beneficio 3:** Se registrará la prima de riesgo a la emisión (con 2 decimales) del beneficio 3 (**indemnización diaria por invalidez**), para cada certificado que haya estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado este beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
32. **Prima riesgo beneficio 4:** Se registrará la prima de riesgo a la emisión (con 2 decimales) del beneficio 4 (**reembolso de Gastos Médicos**), para cada certificado que haya estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se haya contratado este beneficio, este campo se deberá reportar vacío.
33. **Prima riesgo beneficio 5:** Se registrará la suma de las primas de riesgo a la emisión (con 2 decimales) del beneficio 5 (**otros beneficios**), para cada certificado que haya estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que no se hayan contratado otros beneficios, este campo se deberá reportar vacío.
34. **Tipo de dividendo:** En aquellas pólizas que tengan preestablecido el dividendo al final o durante la vigencia de la misma, se reportará de acuerdo al catálogo 4 el tipo de dividendo pactado. Este campo se reportará para cada una de las pólizas que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza no se encuentre en vigor en esta última fecha.
35. **Monto del dividendo:** Se reportará el monto correspondiente al incremento neto (con dos decimales) que la aseguradora registre por concepto de participación en las utilidades obtenidas por la compañía, ya sea en la operación global de la cartera a la que pertenece dicha póliza, o bien con base en experiencia propia de cada contrato, de la cuenta 5203. Este campo se registrará a nivel póliza para cada una de las pólizas que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que este concepto no exista, se deberá reportar el campo vacío.

III.2 Archivo de información "SINIESTROS".

A continuación se definen cada uno de los campos que conforman el archivo de información estadística para "SINIESTROS".

1. **Compañía (tipo):** Se especificará para todos los registros del archivo, con la clave del tipo de compañía que hace entrega del archivo de información cuyo único valor será "S".
2. **Compañía (clave):** Se especificará para cada registro del archivo, la clave de la compañía que hace entrega del mismo.
3. **Año y mes de reporte:** Se capturará el año y mes de reporte para cada registro, mismos que corresponden al cierre del ejercicio de reporte que se trate, con el formato AAAAMM.
4. **Póliza (número):** Se identificará a cada registro con el número de la póliza que la propia compañía le haya asignado, tanto el registro del titular del seguro como los correspondientes a cada uno de los dependientes o asegurados. Este campo se deberá reportar para todos los certificados que hayan estado en vigor del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
5. **Asegurado (número):** Se especificará el número de asegurado o certificado del Grupo. Este campo se deberá reportar para todos los certificados que hayan presentado una reclamación del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
6. **Siniestro (número):** Se reportará el número de siniestro asignado cuya reclamación se registró en el ejercicio que se reporta. Este campo será capturado para cada uno de los certificados que hayan presentado una reclamación del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
7. **Reclamación (número):** Se reportará el número de reclamación derivado del siniestro registrado en el ejercicio que se reporta. Este campo será capturado para cada una de las reclamaciones pertenecientes a cada póliza y asegurado que hayan presentado del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
8. **Tipo de seguro:** Se identificará a cada registro con el valor **G** = Grupo. Este campo será capturado para cada uno de los certificados que hayan presentado una reclamación del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
9. **Fecha de ocurrencia de la reclamación:** Se reportará la fecha de ocurrencia del siniestro en caso de fallecimiento o en caso de beneficios adicionales la fecha del comprobante del primer gasto erogado del siniestro, cuya reclamación se registró en el ejercicio que se reporta. Este campo será capturado para cada uno de los certificados que hayan presentado una reclamación del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
10. **Fecha de reporte de la reclamación:** Se reportarán el año, mes y día en que fue registrado contablemente a la compañía la reclamación en caso de beneficios adicionales y en caso de fallecimiento la fecha de reporte del siniestro, en el ejercicio que se reporta. Este campo será capturado para cada uno de los certificados que hayan presentado una reclamación del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
11. **Estatus del Siniestro o reclamación:** Se reportará mediante la clave del catálogo 5, y correspondiendo a las definiciones establecidas en la Sección I, para las reclamaciones registradas en el ejercicio que se reporta. Este campo será capturado para cada uno de los certificados que hayan presentado una reclamación del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
12. **Entidad de ocurrencia del siniestro:** Se especificará el estado de la República (o el extranjero) en donde ocurrió el siniestro, clasificado de acuerdo al catálogo 2, para cada una de los siniestros que

hayan presentado una reclamación del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.

- 13. Cobertura afectada:** Se identificará a cada registro con el valor **1** = Fallecimiento, **2** = Pérdidas orgánicas, **3** = Invalidez, **4** = Reembolso de Gastos Médicos, **5** = Otro; por cada asegurado del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
- 14. Monto del siniestro:** Se reportará el importe total procedente (con dos decimales), sin descontar deducible, coaseguro ni límites de responsabilidad del beneficio reclamado, del 1o. de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha. En caso de que este concepto no exista, se deberá reportar el campo vacío.
- 15. Causa del siniestro:** Se reportará mediante clave del catálogo ICD-10 (International Classification of Diseases No. 10, con las tres primeras posiciones de la clave, es decir, la enfermedad o accidente genérico), la causa del siniestro ocurrido al asegurado, de los siniestros reclamados por este concepto durante el ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor al 31 de diciembre.
- 16. Monto del deducible:** Se reportará la cantidad (con dos decimales) que quedó a cargo del asegurado por este concepto, de las reclamaciones durante el ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor al 31 de diciembre. En el caso de los registros cuyo monto no exista o no aplique, este campo se reportará vacío.
- 17. Monto del Coaseguro (convenido):** Se reportará la cantidad (con dos decimales) a cargo del asegurado por este concepto, de las reclamaciones durante el ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor al 31 de diciembre. En el caso de los registros cuyo monto no exista o no aplique, este campo se reportará vacío.

IV CATALOGOS

Catálogo 1

Clave	Póliza (estatus)
1	Vigor
2	Expirada
3	Cancelada
4	Baja por muerte o invalidez

Catálogo 2

Clave	Entidad federativa
01	Aguascalientes
02	Baja California
03	Baja California Sur
04	Campeche
05	Coahuila
06	Colima
07	Chiapas

08	Chihuahua
09	Distrito Federal
10	Durango
11	Guanajuato
12	Guerrero
13	Hidalgo
14	Jalisco
15	Estado de México
16	Michoacán
17	Morelos
18	Nayarit
19	Nuevo León
20	Oaxaca
21	Puebla
22	Querétaro
23	Quintana Roo
24	San Luis Potosí
25	Sinaloa
26	Sonora
27	Tabasco
28	Tamaulipas
29	Tlaxcala
30	Veracruz
31	Yucatán
32	Zacatecas
33	Extranjero
34	Desconocido

Catálogo 3

Clave	Beneficios
1	Básica o Muerte Accidental
2	Pérdidas Orgánicas
3	Indemnización Diaria por Invalidez
4	Reembolso de Gastos Médicos Mayores

5	Otros
---	-------

Catálogo 4

Clave	Tipo de dividendo
1	Experiencia Propia
2	Experiencia Global
3	Financieros
4	Mixtos
5	Sin dividendo

Catálogo 5

Clave	Siniestro (estatus)
1	Procedente o pagado total
2	Pago parcial
3	Pendiente de dictamen
4	Litigio
5	Rechazado o cancelado el pago
