

## PODER EJECUTIVO

### SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

**CIRCULAR S-20.2.3.2.1 por la que 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 del Ramo de Gastos Médicos 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-20.2.3.2.1

**Asunto:** Se comunica nueva estructura del Sistema Estadístico del Ramo de Gastos Médicos 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 Gastos Médicos Individual, 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 el ramo de Accidentes y Enfermedades en lo que respecta a Gastos Médicos 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](http://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 Gastos Médicos 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 al Ramo de Gastos Médicos Individual, misma que deberá enviarse dentro de los 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 del Ramo de Gastos Médicos 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 Gastos Médicos 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 Gastos Médicos 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 + GMI + .TXT
- Para el archivo relativo a **SINIESTROS**:  
Tipo de Compañía + Clave de la compañía + Año + SIN + GMI + .TXT

Donde:

Tipo de Compañía S = Seguros y H = Salud.

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

GMI = Gastos Médicos Individual.

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

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

S004807EMIGMI.TXT y S004807SINGMI.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 del Ramo de Gastos Médicos 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 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 Gastos Médicos 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 Gastos Médicos 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 GASTOS MEDICOS INDIVIDUAL DE LA OPERACIÓN 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 Gastos Médicos 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 indizada 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 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 Gastos Médicos 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).

<b>A. Lista de campos del archivo de información "EMISION"</b>				
<b>No.</b>	<b>Campo</b>	<b>Longitud máxima</b>	<b>Tipo</b>	<b>No. de Catálogo</b>
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	Póliza (modalidad S.A.)	1	Alfanumérico	
17	Forma de venta	1	Numérico	
18	Entidad del contratante	2	Alfanumérico	2
19	S.A. alcanzada beneficio 1	20	Numérico	
20	S.A. alcanzada beneficio 2	20	Numérico	
21	Prima emitida beneficio 1	15	Numérico	
22	Prima emitida beneficio 2	15	Numérico	
23	Prima riesgo beneficio 1	15	Numérico	
24	Prima riesgo beneficio 2	15	Numérico	

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

<b>B. Lista de campos del archivo de información "SINIESTROS"</b>				
<b>No.</b>	<b>Campo</b>	<b>Longitud máxima</b>	<b>Tipo</b>	<b>No. de Catálogo</b>
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 de la reclamación	1	Numérico	3
12	Entidad de ocurrencia del siniestro	2	Alfanumérico	2
13	Monto de honorarios	15	Numérico	
14	Monto de hospitalización	15	Numérico	
15	Monto de medicamentos	15	Numérico	
16	Monto de estudios auxiliares	15	Numérico	
17	Monto de otros gastos	15	Numérico	
18	Causa del siniestro	3	Alfanumérico	ICD-10
19	Monto Deducible	15	Numérico	
20	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 cuyos valores serán "S" o "H".
- 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 (de la póliza reportada y se refiere al último periodo de cobertura continua), en 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.
11. **Fecha de baja (asegurado):** Corresponde a la fecha en que se dio de baja (de la póliza reportada y se refiere al último periodo de cobertura continua), 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. **Póliza (modalidad S.A.):** Se identificará a cada registro con el valor **N** = Suma Asegurada normal o **S** = Sin límite. 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.
17. **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.
18. **Entidad del contratante:** Se especificará el Estado de la República (o el extranjero) en donde radique el asegurado 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.

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 Gastos Médicos derivados de un accidente o enfermedad sufrido por el asegurado. 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 tratarse de pólizas sin límite de S.A., se reportará el valor "0".

Ejemplos:

Suma asegurada:	Llenado del campo:
Gastos Médicos Individual: 100,000	100000
Gastos Médicos Individual ilimitada:	0

- 20.- **S.A. alcanzada beneficio 2:** Se registrará la suma de los montos de sumas aseguradas contratadas (sin decimales), a la emisión de la póliza o asegurado, para el beneficio 2 (coberturas opcionales). 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 ninguna cobertura opcional, este campo se deberá reportar vacío.

Ejemplos;

Concepto y suma asegurada:	Llenado del campo:
Otras coberturas: 150,000	150000
Otras coberturas: 25,000 y 35,500	60500
Otras coberturas: Ninguna	

21. **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.
22. **Prima emitida beneficio 2:** Se registrará la suma de las primas emitidas registradas en el periodo de reporte (con 2 decimales) del beneficio 2 (**coberturas opcionales**), 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 ninguna cobertura opcional, este campo se deberá reportar vacío.
23. **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.
24. **Prima riesgo beneficio 2:** Se registrará la suma de las primas de riesgo a la emisión (con 2 decimales) del beneficio 2 (**coberturas opcionales**), 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 ninguna cobertura opcional, 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 cuyos valores serán "S" o "H".
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 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 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 de la reclamación:** Se reportará mediante la clave del catálogo 3, 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 una 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. **Monto de honorarios:** Se reportará el importe total procedente (con dos decimales sin descontar deducible, coaseguro ni límites de responsabilidad), de gastos médicos por el concepto de honorarios médicos, de los siniestros reclamados 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 el caso de los registros cuyo monto no exista, este campo se reportará vacío.
14. **Monto de hospitalización:** Se reportará el importe total procedente (con dos decimales sin descontar deducible, coaseguro ni límites de responsabilidad), de gastos médicos por el concepto de hospitalización, de los siniestros reclamados 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 el caso de los registros cuyo monto no exista, este campo se reportará vacío.
15. **Monto de medicamentos:** Se reportará el importe total procedente (con dos decimales sin descontar deducible, coaseguro ni de responsabilidad) de gastos médicos por el concepto de medicamentos fuera del hospital, de los siniestros reclamados 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 el caso de los registros cuyo monto no exista, este campo se reportará vacío.
16. **Monto de estudios auxiliares:** Se reportará el importe total procedente (con dos decimales sin descontar deducible, coaseguro ni límites de responsabilidad) de gastos médicos por el concepto de estudios auxiliares, de los siniestros reclamados 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 el caso de los registros cuyo monto no exista, este campo se reportará vacío.

17. **Monto de otros gastos:** Se reportará el importe total procedente (con dos decimales sin descontar deducible, coaseguro ni límites de responsabilidad) de gastos médicos por el concepto de otros gastos, de los siniestros reclamados 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 el caso de los registros cuyo monto no exista, este campo se reportará vacío.
18. **Causa de la reclamación:** 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.
19. **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.
20. **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	Siniestro (estatus)
1	Procedente o pagado total
2	Pago parcial
3	Pendiente de dictamen
4	Litigio
5	Rechazado o cancelado el pago

**CIRCULAR S-20.2.3.2.2 por la que 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 del Ramo de Gastos Médicos 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-20.2.3.2.2**

**Asunto:** Se comunica nueva estructura del Sistema Estadístico del Ramo de Gastos Médicos 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 Gastos Médicos 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 el ramo de Accidentes y Enfermedades en lo que respecta a Gastos Médicos 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](http://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 Gastos Médicos 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 Gastos Médicos Grupo.

**SEGUNDO.-** Esas instituciones y sociedades deberán presentar anualmente vía Internet a esta Comisión, la información estadística correspondiente al Ramo de Gastos Médicos 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 del Ramo de Gastos Médicos 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 Gastos Médicos 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 Gastos Médicos 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 + GMG + .TXT
- Para el archivo relativo a **SINIESTROS**:  
Tipo de Compañía + Clave de la compañía + Año + SIN + GMG + .TXT

Donde:

Tipo de Compañía S = Seguros y H = Salud.

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

GMG = Gastos Médicos Grupo.

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

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

S004807EMIGMG.TXT y S004807SINGMG.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 del Ramo de Gastos Médicos 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 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 Gastos Médicos 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, 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.

**DECIMO.-** En aquellos casos en donde la Institución de Seguros y el Contratante hayan convenido que la administración de la póliza será 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 efectos 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 Gastos Médicos 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 GASTOS MEDICOS 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 Gastos Médicos 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, 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 indizada 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-20.2.3.1 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 Gastos Médicos 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).

<b>A. Lista de campos del archivo de información "EMISION"</b>				
<b>No.</b>	<b>Campo</b>	<b>Longitud máxima</b>	<b>Tipo</b>	<b>No. de Catálogo</b>
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	Póliza (modalidad S.A.)	1	Alfanumérico	
17	Forma de venta	1	Numérico	
18	Entidad del contratante	2	Alfanumérico	2
19	S.A. alcanzada beneficio 1	20	Numérico	
20	S.A. alcanzada beneficio 2	20	Numérico	
21	Prima emitida beneficio 1	15	Numérico	
22	Prima emitida beneficio 2	15	Numérico	
23	Prima riesgo beneficio 1	15	Numérico	
24	Prima riesgo beneficio 2	15	Numérico	
25	Tipo de Dividendo	1	Alfanumérico	3
26	Monto del dividendo	15	Numérico	

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

<b>B. Lista de campos del archivo de información "SINIESTROS"</b>				
<b>No.</b>	<b>Campo</b>	<b>Longitud máxima</b>	<b>Tipo</b>	<b>No. de Catálogo</b>
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 de la reclamación	1	Numérico	4
12	Entidad de ocurrencia del siniestro	2	Alfanumérico	2
13	Monto de honorarios	15	Numérico	

14	Monto de hospitalización	15	Numérico	
15	Monto de medicamentos	15	Numérico	
16	Monto de estudios auxiliares	15	Numérico	
17	Monto de otros gastos	15	Numérico	
18	Causa del siniestro	3	Alfanumérico	ICD-10
19	Monto Deducible	15	Numérico	
20	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 cuyos valores serán "S" o "H".
- 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 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 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 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 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.
- 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 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 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.
- 10. Fecha de alta (asegurado):** Corresponde a la fecha en que se dio de alta (de la póliza reportada y se refiere al último periodo de cobertura continua), en la póliza el asegurado a quien corresponde el registro (Grupo). 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.
- 11. Fecha de baja (asegurado):** Corresponde a la fecha en que se dio de baja (de la póliza reportada y se refiere al último periodo de cobertura continua), de la póliza el asegurado a quien corresponde el registro (Grupo). 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 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.
- 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 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 todos 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.
- 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. Póliza (modalidad S.A.):** Se identificará a cada registro con el valor **N** = Suma Asegurada normal o **S** = Sin límite. 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 la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha.
- 17. 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 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. Entidad del contratante:** Se especificará el Estado de la República (o el extranjero) en donde radique el asegurado a quien corresponda el registro, clasificado de acuerdo al catálogo 2, 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.
- 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 Gastos Médicos derivados de un accidente o enfermedad sufrido por el asegurado. 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 tratarse de pólizas sin límite de S.A., se reportará el valor "0".

Ejemplos:

Suma asegurada:	Llenado del campo:
Gastos Médicos: 100,000	100000
Gastos Médicos ilimitada:	0

- 20. S.A. alcanzada beneficio 2:** Se registrará la suma de los montos de sumas aseguradas contratadas (sin decimales), a la emisión del certificado, para el beneficio 2 (coberturas opcionales). 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 ninguna cobertura opcional, este campo se deberá reportar vacío.

Ejemplos:

Concepto y suma asegurada:	Llenado del campo:
Otras coberturas: 150,000	150000
Otras coberturas: 25,000 y 35,500	60500
Otras coberturas: Ninguna	

- 21. Prima emitida beneficio 1:** Se registrará la prima emitida registrada en el periodo de reporte (con 2 decimales) del beneficio 1 (**básico**), para cada certificado 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.
- 22. Prima emitida beneficio 2:** Se registrará la suma de las primas emitidas registradas en el periodo de reporte (con 2 decimales) del beneficio 2 (**coberturas opcionales**), para cada certificado 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 ninguna cobertura opcional, este campo se deberá reportar vacío.

23. **Prima riesgo beneficio 1:** Se registrará la prima de riesgo a la emisión (con 2 decimales) del beneficio 1 (**básico**), para cada certificado 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.
24. **Prima riesgo beneficio 2:** Se registrará la suma de las primas de riesgo a la emisión (con 2 decimales) del beneficio 2 (**coberturas opcionales**), para cada certificado 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 ninguna cobertura opcional, este campo se deberá reportar vacío.
25. **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 3 el tipo de dividendo pactado. Este campo se reportará para cada una 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 no se encuentre en vigor en esta última fecha.
26. **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 que hayan estado 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. En caso de que no exista este concepto, el campo deberá reportarse 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 cuyos valores serán "S" o "H".
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 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 certificado del Grupo. Este campo se deberá reportar para todos los certificados 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 uno de los certificados 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 certificado que haya 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 **G** = Grupo. Este campo será capturado para cada certificado que haya 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 del comprobante del primer gasto erogado del siniestro, cuya reclamación se registró en el ejercicio que se reporta. Este campo será capturado para cada certificado que haya 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 el ejercicio que se reporta. Este campo será capturado para cada certificado que haya 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 de la 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 certificado que haya 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. **Monto de honorarios:** Se reportará el importe total procedente (con dos decimales sin descontar deducible, coaseguro ni límites de responsabilidad), de gastos médicos por el concepto de honorarios médicos, de los siniestros reclamados 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 el caso de los registros cuyo monto no exista, este campo se reportará vacío.
14. **Monto de hospitalización:** Se reportará el importe total procedente (con dos decimales sin descontar deducible, coaseguro ni límites de responsabilidad), de gastos médicos por el concepto de hospitalización, de los siniestros reclamados 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 el caso de los registros cuyo monto no exista, este campo se reportará vacío.
15. **Monto de medicamentos:** Se reportará el importe total procedente (con dos decimales sin descontar deducible, coaseguro ni de responsabilidad) de gastos médicos por el concepto de medicamentos fuera del hospital, de los siniestros reclamados 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 el caso de los registros cuyo monto no exista, este campo se reportará vacío.
16. **Monto de estudios auxiliares:** Se reportará el importe total procedente (con dos decimales sin descontar deducible, coaseguro ni límites de responsabilidad) de gastos médicos por el concepto de estudios auxiliares, de los siniestros reclamados 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 el caso de los registros cuyo monto no exista, este campo se reportará vacío.
17. **Monto de otros gastos:** Se reportará el importe total procedente (con dos decimales sin descontar deducible, coaseguro ni límites de responsabilidad) de gastos médicos por el concepto de otros gastos, de los siniestros reclamados 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 el caso de los registros cuyo monto no exista, este campo se reportará vacío.
18. **Causa de la reclamación:** 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.
19. **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.
20. **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**

<b>Clave</b>	<b>Entidad federativa</b>
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**

<b>Clave</b>	<b>Tipo de dividendo</b>
1	Experiencia Propia
2	Experiencia Global
3	Financieros
4	Mixtos
5	Sin dividendo

**Catálogo 4**

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

**RESOLUCION por la que se autoriza la organización y operación de una institución de banca múltiple denominada Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Secretaría Particular.- 101.- 693.

RESOLUCION POR LA QUE SE AUTORIZA LA ORGANIZACION Y OPERACION DE UNA INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE DENOMINADA "BANCO FACIL, S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE".

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 31, fracciones VII y XXV, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 8 y 9 de la Ley de Instituciones de Crédito, en ejercicio de las atribuciones que a su titular confiere el artículo 6, fracción XXII, de su Reglamento Interior, así como en atención a los siguientes:

**ANTECEDENTES**

1. Mediante escrito del 18 de agosto de 2006, presentado ante esta Secretaría de Hacienda y Crédito Público en esa misma fecha, las empresas Sociedad Shermfin, S.A. y Controladora SFG, S. de R.L. de C.V. -esta última controlada directamente por MexInv Holding, LLC, la que, a su vez, es controlada, por una parte, por Sherman Financial Group, LLC, empresa que, al igual que aquella, ha sido constituida bajo las leyes de los Estados Unidos de América, y, por la otra, por los CC. Sergio Chedraui Eguía, José Antonio Chedraui Eguía, José Ramón Chedraui Eguía y Alfredo Chedraui López- solicitaron conjuntamente a esta Secretaría, a través de su representante legal, C. Ana Lucía Casaña Rosales que otorgue, de conformidad con la Ley de Instituciones de Crédito, su autorización para la organización y operación de una institución de banca múltiple, cuya denominación sería "Banco Fácil, S.A." En adelante, a Sociedad Shermfin, S.A. y Controladora SFG, S. de R.L. de C.V. se les denominará conjuntamente los "Promoventes".
2. De acuerdo con el plan general de funcionamiento de la institución de banca múltiple a que se refiere la presente, presentado por los Promoventes a través del escrito de solicitud señalado en el Antecedente anterior y complementado mediante los diversos alcances indicados en los Antecedentes subsecuentes, así como con diversas manifestaciones externadas por aquellos, se ha señalado a esta Secretaría que dicha institución autorizada aprovecharía la experiencia financiera y operativa de Sherman Financial Group, LLC y sus diversas subsidiarias, así como la infraestructura, canales de distribución, cartera de clientes y experiencia en el mercado, de Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V. y de sus negocios afiliados y vinculados, en particular, sus tiendas de autoservicios, en las cuales establecería sucursales.
3. Mediante oficios UBA/DGABM/1182/2006 y UBA/DGABM/1183/2006, ambos del 18 de agosto de 2006, la Dirección General Adjunta de Banca Múltiple de la Unidad de Banca y Ahorro solicitó las opiniones de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores y del Banco de México, respectivamente, para efectos de lo dispuesto por el artículo 8 de la Ley de Instituciones de Crédito. Asimismo, mediante oficio UBA/DGABM/1181/2006, de la misma fecha que aquellos señalados anteriormente en este párrafo, la referida Dirección General Adjunta de Banca Múltiple solicitó la opinión de la Dirección General Adjunta de Análisis Financiero y Vinculación Internacional de esta Secretaría.
4. Mediante oficio número 312-1/523331/2006, del 15 de septiembre de 2006, presentado ante la Unidad de Banca y Ahorro de esta Secretaría el 18 del mismo mes, la Comisión Nacional Bancaria y de Valores manifestó que, a fin de estar en condición de emitir la opinión solicitada, estimó necesario que los Promoventes alleguen la información relacionada en dicho oficio y hagan las aclaraciones que estimen pertinentes.
5. Mediante oficio UBA/DGA AF/191/2006, del 28 de septiembre de 2006, la Dirección General Adjunta de Análisis Financiero y Vinculación Internacional de esta Dependencia manifestó a la Dirección General Adjunta de Banca Múltiple que, para estar en posibilidad de emitir la opinión solicitada, era necesario que los Promoventes solventaran las observaciones formuladas en dicho oficio;
6. Mediante oficio UBA/DGABM/1381/2006, del 5 de octubre de 2006, la Dirección General Adjunta de Banca Múltiple de la Unidad de Banca y Ahorro de esta Secretaría hizo del conocimiento de los Promoventes los comentarios, observaciones e información adicional requerida por la Comisión Nacional Bancaria y de Valores y la Dirección General Adjunta de Análisis Financiero y Vinculación Internacional de la Unidad de Banca y Ahorro, en términos de los respectivos oficios señalados en los ANTECEDENTES 4 y 5 anteriores, así como por la propia Dirección General Adjunta de Banca Múltiple;
7. Mediante escrito del 11 de octubre de 2006, entregado a esta Secretaría el mismo día, los Promoventes presentaron ante esta Secretaría de Hacienda y Crédito Público información adicional a aquella adjuntada a la solicitud a que se refiere el ANTECEDENTE 1, con objeto que se incorpore a la misma;
8. Mediante escrito del 12 de octubre de 2006, presentado ante esta Secretaría el día siguiente, los Promoventes dieron respuesta, en tiempo y forma, al requerimiento contenido en el oficio de prevención referido en el Antecedente 6 anterior, exhibieron la información y documentación que les fue solicitada y realizaron las aclaraciones que consideraron pertinentes;

9. Mediante oficios UBA/DGABM/1426/2006, UBA/DGABM/1425/2006 y UBA/DGABM/1424/2006, todos del 16 de octubre de 2006, la Dirección General Adjunta de Banca Múltiple de la Unidad de Banca y Ahorro de esta Secretaría remitió a la Dirección General Adjunta de Análisis Financiero y Vinculación Internacional de la propia Unidad de Banca y Ahorro, a la Comisión Nacional Bancaria y de Valores y al Banco de México, respectivamente, la información y documentación señalada en los Antecedentes 7 y 8 anteriores, con el fin de que dichas instancias contaran con la información y documentación exhibida por los Promoventes y, en su momento, manifestaran sus respectivas opiniones;
10. Mediante escrito del 14 de noviembre de 2006, presentado ante esta Secretaría al día siguiente, la C. Ana Lucía Casaña Rosales, en representación de los Promoventes, remitió a la propia Secretaría el primer testimonio de la escritura pública número 60,454, del 9 de noviembre del presente año, otorgada ante la fe del licenciado Luis de Angoitia Becerra, Notario Público número 109 del Distrito Federal, en la que consta la protocolización del acta de la asamblea general extraordinaria de accionistas de la sociedad a la que se atribuye la autorización a que se refiere la presente resolución, en la cual se tomaron los acuerdos necesarios a fin de que esa sociedad esté en posibilidad de organizarse y operar como institución de banca múltiple, en términos de la solicitud y documentación presentados a esta Secretaría, y

#### CONSIDERANDO

1. Que el sector financiero debe contribuir de manera fundamental al financiamiento del crecimiento económico en México;
2. Que, en razón de lo dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, se busca, por un lado, la consolidación del sistema financiero mexicano y su contribución al desarrollo y, por el otro lado, como parte de un crecimiento sostenido y dinámico, la promoción del fortalecimiento del círculo ahorro-inversión;
3. Que, conforme a las premisas del Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2002-2006, un sistema financiero sólido y eficiente es imprescindible para alcanzar tasas de crecimiento económico vigorosas y sostenidas en el mediano plazo;
4. Que se requiere impulsar el desarrollo del marco de libre competencia y competencia en el sector financiero, que permita otorgar esquemas de crédito, que atiendan a todos los sectores y que garantice, en la práctica, que los frutos de un mejor entorno macroeconómico lleguen a la población y se traduzcan efectivamente en mayor bienestar;
5. Que la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, mediante el diverso 312-1/523483/2006 del 3 de noviembre de 2006, manifestó que una vez revisada la documentación que acompañó a la solicitud de autorización presentada para la organización y operación de la entidad a denominarse "Banco Fácil", considera que cumple formalmente con los requisitos legales y documentales previstos en los artículos 9 y 10 de la Ley de Instituciones de Crédito y los relativos de la Ley General de Sociedades Mercantiles, así como en las disposiciones de carácter general aplicables a las instituciones de crédito, en lo conducente, y que es procedente, desde el punto de vista legal, operativo, administrativo y económico-financiero, que se otorgue la autorización solicitada, por lo que emitió opinión favorable para que esta Secretaría autorice la organización y operación de la institución de banca múltiple a que se refiere la presente resolución;  
Asimismo, esa Comisión Nacional Bancaria y de Valores, en la comunicación mencionada en el párrafo anterior, ha manifestado que la institución de banca múltiple que esta Secretaría autorice deberá sujetarse al estricto cumplimiento de las medidas y condiciones referidas en dicha comunicación;
6. Que el Banco de México, mediante oficio REF.: S33/18162, del 3 de noviembre de 2006, presentado ante la Unidad de Banca y Ahorro de esta Secretaría el día 7 de ese mismo mes, consideró que una nueva institución de crédito propiciará una mayor competencia en el Sistema Bancario Mexicano, en beneficio de los usuarios de los servicios de banca y crédito, por lo que manifestó su opinión favorable a efecto de que esta Secretaría autorice la organización y operación de la institución de banca múltiple a que se refiere la presente resolución.  
Asimismo, en su comunicación citada en el párrafo anterior, ese Instituto Central consideró necesario que la institución que se autorice se sujete al cumplimiento de las medidas y condiciones señaladas en dicha comunicación;
7. Que la Dirección General Adjunta de Análisis Financiero y Vinculación Internacional de la Unidad de Banca y Ahorro de esta Secretaría, mediante oficio UBA/DGAAF/222/2006, del 7 de noviembre de 2006, manifestó a la Dirección General Adjunta de Banca Múltiple de esa misma unidad que, después de analizar la información que sustenta la solicitud, así como las proyecciones financieras de "Banco Fácil" contenidas en su plan general de funcionamiento, encuentra que el plan está formulado sobre bases realistas y consistentes y bajo supuestos macroeconómicos y de operación conservadores, lo que permite estimar que el proyecto será viable, siempre que se apege estrictamente a las directrices formuladas en el mismo plan; por lo que considera que, desde el punto de vista financiero, no existe inconveniente en que se otorgue la autorización para la organización y operación de la institución de banca múltiple a que se refiere la presente resolución.

En dicho oficio, la Dirección General Adjunta de Análisis Financiero y Vinculación Internacional sugirió que la autorización que se emita contemple diversas medidas y condiciones;

8. Que la solicitud referida en el ANTECEDENTE 1 de la presente resolución, complementada con la documentación presentada por los escritos a que se refieren los ANTECEDENTES 7 y 8, cumple con las disposiciones legales y administrativas aplicables a los procedimientos de autorización para la organización y operación de una institución de banca múltiple;
9. Que, conforme al proyecto para la organización y operación de Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, presentado a esta Secretaría por los Promoventes, dicha institución permitirá fortalecer al sector financiero, y
10. Que, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 8 de la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros, a la institución de crédito que se autoriza por virtud de la presente resolución le está prohibido llevar a cabo prácticas discriminatorias, lo cual cobra relevancia en virtud de la relación que dicha institución tendría con Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V., o sus negocios afiliados o vinculados, por lo que, en aras de una sana competencia, respecto de los actos que se realicen entre dichas sociedades o negocios, así como los que cualquiera de éstas celebre con el público usuario y con otras entidades financieras, es pertinente manifestar la recomendación de que se eviten en todo momento tales prácticas,

Expide la siguiente

**RESOLUCION POR LA QUE SE AUTORIZA LA ORGANIZACION  
Y OPERACION DE UNA INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE DENOMINADA  
"BANCO FACIL, S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE"**

**PRIMERO.-** En uso de la facultad que al Gobierno Federal, por conducto de esta Secretaría, confiere el artículo 8 de la Ley de Instituciones de Crédito, se autoriza -sujeto al cumplimiento de las medidas y condiciones establecidas en esta resolución- la organización y operación de una institución de banca múltiple denominada "Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple".

**SEGUNDO.-** La duración de la sociedad a que se refiere la presente resolución será indefinida.

**TERCERO.-** El capital social de Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, será la cantidad de cuatrocientos noventa y un millones seiscientos cincuenta y dos mil cuatrocientos diecisiete pesos, dieciséis centavos, moneda nacional.

**CUARTO.-** El domicilio de Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, será la Ciudad de México, Distrito Federal.

**QUINTO.-** La autorización a que se refiere la presente resolución es, por su propia naturaleza, intransmisible.

**SEXTO.-** En virtud de la relación entre Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V., y sus negocios afiliados y vinculados con Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, y considerando el plan general de funcionamiento planteado por los Promoventes, bajo el cual la institución de banca múltiple desarrollará su objeto y operación, la autorización a que se refiere la presente resolución se otorga bajo el expreso consentimiento de las sociedades y personas físicas indicadas en el ANTECEDENTE 1 de esta misma resolución, así como de la sociedad a la que se otorga la presente autorización, de que esta última quedará sujeta al estricto cumplimiento de las siguientes medidas y condiciones que, al efecto, han sido propuestas por los Promoventes para el otorgamiento de esta autorización:

- I. Las oficinas de Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, excepto sus sucursales, no podrán estar compartidas con las oficinas de Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V., ni de cualquiera de sus negocios afiliados o vinculados.
- II. Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, deberá contar con la infraestructura, incluyendo el personal, y los controles internos necesarios para realizar sus operaciones, independientes de los que utilice Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V., o sus negocios afiliados o vinculados, tales como sistemas operativos, informáticos, contables y de seguridad.
- III. El consejo de administración de la institución deberá estar integrado en todo momento y representado en todas sus sesiones con mayoría de consejeros que no tengan vínculo con la administración de Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V., o cualquiera de los negocios afiliados o vinculados a esta empresa, únicamente en el supuesto en que las siguientes personas llegaren a obtener, en lo individual o en conjunto, el control de Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple: (i) las personas físicas que se mencionan en el ANTECEDENTE 1 de esta resolución o (ii) cualesquiera otras que participen en el capital social de Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V., o de los negocios afiliados o vinculados a esta empresa. Asimismo, sólo podrán ser considerados consejeros independientes de la institución de banca múltiple, en términos de lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley de Instituciones de Crédito, aquellas personas que, conforme a las definiciones del mismo artículo, reúnan los requisitos de independencia respecto de Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V., o cualquiera de sus negocios afiliados o vinculados.
- IV. Los funcionarios de primer y segundo nivel a que se refiere el artículo 24 de la Ley de Instituciones de Crédito deberán ser personas que no tengan vínculo con Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V., y cualquiera de sus negocios afiliados o vinculados.

**V.** Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, deberá realizar los actos necesarios para que, en el evento de que Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V., anuncie las operaciones y servicios que ofrezca esa institución de crédito, la publicidad respectiva contenga en todo momento una leyenda que establezca en forma notoria y claramente visible que dicha institución de crédito es distinta de Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V., y de cualquiera de sus negocios afiliados o vinculados. Para este efecto, la institución podrá adoptar otras medidas para dejar clara su independencia de Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V., y cualquiera de sus negocios afiliados o vinculados, siempre y cuando le sean aprobadas por la Comisión Nacional Bancaria y de Valores.

**VI.** En términos del artículo 46 Bis de la Ley de Instituciones de Crédito, Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, conforme a las disposiciones de carácter general que expida la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, podrá contratar con terceros, incluyendo a otras instituciones de crédito, la prestación de los servicios necesarios para su operación.

Atento a lo anterior y en tanto la Comisión Nacional Bancaria y de Valores expide las disposiciones de carácter general a que se refiere el citado precepto, Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, deberá abstenerse de contratar con terceros, incluyendo a otras instituciones de crédito, la prestación de los servicios necesarios para su operación, salvo que cuente con la autorización de la propia Comisión.

En caso de que Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, establezca mecanismos o vínculos de negocio con personas que masivamente auxilien a la clientela en la realización de operaciones propias del banco en términos de lo dispuesto en el artículo 92 de la Ley de Instituciones de Crédito, deberá ajustarse a los requisitos que le establezca la Comisión Nacional Bancaria y de Valores para aceptar el depósito de recursos de dichas personas, o bien, la transferencia de recursos, a favor de los clientes de Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, dentro de los cuales podrán incluirse límites individuales o agregados por operación.

Asimismo, Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, para poder aceptar los depósitos o transferencias de recursos de las personas que los realicen masivamente a favor de los clientes de aquella institución, en términos del párrafo inmediato anterior, deberá realizar los actos necesarios a fin de que dichas personas informen a los clientes, al momento de proporcionarle el servicio, que no están autorizadas por el Gobierno Federal ni por la propia institución de banca múltiple, para asumir obligaciones a nombre y por cuenta de esta última, así como que no se encuentran supervisadas ni reguladas por las autoridades financieras, lo cual deberá constar en su publicidad o propaganda y en el contrato, o en cualquier otro documento en el que se contenga la encomienda respectiva de los clientes.

**VII.** Los precios y condiciones entre Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, y Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V. o cualquiera de sus negocios afiliados o vinculados, deberán pactarse y ejercerse en condiciones de mercado y ser determinados con base en costos efectivamente incurridos.

Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, deberá entregar a la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, durante el primer trimestre de cada año, un estudio anual de cada uno de los precios de transferencia en la prestación de servicios que, en términos de este numeral, haya pactado durante el año calendario inmediato anterior con Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V. y cualquiera de sus negocios afiliados o vinculados.

El estudio a que se refiere el párrafo inmediato anterior deberá ser realizado por un experto de reconocido prestigio que sea tercero independiente de Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple y de Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V. o cualquiera de sus negocios afiliados o vinculados.

**VIII.** El intercambio de información entre Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, por una parte, y Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V. o cualquiera de sus negocios afiliados o vinculados, por otra parte, deberá regirse estrictamente por lo establecido en el artículo 106, fracción XX, de la Ley de Instituciones de Crédito.

En tal virtud, Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, no podrá proporcionar la información que obtenga con motivo de la celebración de operaciones con sus clientes, para la comercialización de productos o servicios, o cualquier otro fin, salvo que cuente con el consentimiento expreso del cliente respectivo, el cual deberá constar en una sección especial dentro de la documentación que deba firmar el cliente para contratar una operación o servicio con dicha institución de banca múltiple, y la firma autógrafa de aquél relativa al texto de dicho consentimiento deberá ser adicional a la normalmente requerida por la institución para la celebración de la operación o servicio solicitado. En ningún caso, el otorgamiento de dicho consentimiento deberá ser condición para la contratación de dicha operación o servicio.

Para efectos de lo señalado en esta resolución, los términos "Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V.", "negocios afiliados o vinculados", "vínculo", "precios de transferencia" y "tercero independiente" se entienden bajo las definiciones que, respecto de cada uno de esos términos, se establecen en el anexo de la presente resolución, el cual forma parte integrante de ésta.

En el caso en que, a partir de la expedición de la presente resolución, se emita alguna norma de carácter general en cualquier materia relativa a las medidas y condiciones señaladas en el presente numeral, Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, deberá dar estricto cumplimiento a lo dispuesto por dicha norma, sin perjuicio de observar, en la más amplia medida permitida por ley o regulación aplicable, todos los demás aspectos de dichas medidas y condiciones. En su momento, la institución podrá solicitar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público o a la autoridad que resulte competente para tal efecto, le confirme si, con la emisión de las normas de carácter general a que se refiere este párrafo, las presentes medidas quedarían sin efectos y, en todo caso, deberá atenerse exclusivamente a las normas emitidas.

En virtud de la relación entre Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V., y sus negocios afiliados y vinculados, con Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, las medidas y condiciones indicadas en el presente resolutivo SEXTO se fijan bajo el expreso consentimiento de Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, así como de los Promoventes y las personas físicas indicadas en el ANTECEDENTE 1 de esta resolución, de que su incumplimiento dará lugar a que la presente autorización pierda todos sus efectos, para lo cual, en protección de los intereses del público ahorrador y del sano desarrollo del Sistema Bancario Mexicano, después de oír a esa institución de banca múltiple, bastará la sola declaración de que han cesado tales efectos por parte de la autoridad que, conforme a la legislación aplicable, cuente con facultades para otorgar y revocar las autorizaciones para la organización y operación de instituciones de banca múltiple. Asimismo, en protección de los intereses del público ahorrador, la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, en uso de las atribuciones que le confiere la Ley de Instituciones de Crédito, podrá ordenar, en su caso, la suspensión total o parcial de las operaciones de Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, o el cierre de sus puertas.

La autoridad indicada en el párrafo anterior, a su discreción, considerando la gravedad del incumplimiento, podrá abstenerse de emitir la declaración a que se refiere ese mismo párrafo y limitar la presente autorización a la realización únicamente de ciertas operaciones. Asimismo, dicha autoridad podrá abstenerse de emitir la referida declaración o de ordenar la suspensión de operaciones conforme a lo anterior, en el evento de que Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, le solicite a la Comisión Nacional Bancaria y de Valores y consienta en que ésta, bajo el mismo procedimiento previsto en la Ley de Instituciones de Crédito, le imponga una multa administrativa equivalente a aquella que, conforme al artículo 109 de esa misma Ley, corresponda por la infracción a cualquier precepto de la propia Ley o disposiciones que de ella deriven y que no tenga sanción especialmente señalada en ese ordenamiento y que, a su vez, dicha institución haya pagado la mencionada multa y, en su caso, corregido las acciones que dieron lugar al incumplimiento de las presentes medidas o condiciones.

**SEPTIMO.-** Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, estará sujeta a la inspección y vigilancia de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores.

Para el inicio de sus operaciones, Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, deberá obtener la previa autorización de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores. Para ello, dicha Comisión podrá practicar a la institución las visitas de inspección que considere necesarias para verificar que la sociedad cuente, por una parte, con la infraestructura, incluyendo el personal, y los controles internos necesarios para realizar las operaciones que pretenda llevar a cabo, tales como sistemas operativos, contables y de seguridad, oficinas y, por la otra, con los manuales respectivos, conforme a las disposiciones aplicables.

**OCTAVO.-** El servicio de banca y crédito que se preste por virtud de la presente resolución, así como las demás operaciones y organización de Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, se sujetará, en lo no señalado expresamente en esta resolución, a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley de Instituciones de Crédito, las disposiciones que, respecto a sus operaciones, emita el Banco de México y a las demás normas que, por su propia naturaleza, le resulten aplicables, así como toda aquella legislación y regulación vigente aplicable a la materia, o la que se emita en el futuro.

#### TRANSITORIO

**UNICO.-** La presente resolución se publicará en el Diario Oficial de la Federación y en dos periódicos de amplia circulación del domicilio social de Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, a su costa.

México, D.F., a 22 de noviembre de 2006.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **José Francisco Gil Díaz.-** Rúbrica.

#### ANEXO

##### A LA RESOLUCION POR LA QUE SE AUTORIZA LA ORGANIZACION Y OPERACION DE UNA INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE DENOMINADA "BANCO FACIL, S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE"

Para efectos de lo señalado en el resolutivo SEXTO de la resolución de la que este anexo forma parte, se entenderá por:

- I. "Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V.", a la propia empresa o a cualesquiera otra que la suceda o sustituya en sus funciones.
- II. "Vínculo", entre un miembro del consejo de administración de Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, y un establecimiento comercial, a aquel que se dé entre las personas que:

- a) Sean empleados o directivos de dicho establecimiento;
  - b) Sean clientes, proveedores, prestadores de servicios, deudores o acreedores importantes de dicho establecimiento, o bien, que sean socios, consejeros o empleados de una sociedad que sea cliente, proveedor, deudor o acreedor importante del propio establecimiento.  
Se considera que un cliente, proveedor o prestador de servicios es importante cuando los servicios que le preste el establecimiento comercial o las ventas que aquél le haga a éste representan más del diez por ciento de los servicios o ventas totales del cliente, del proveedor o del prestador de servicios, respectivamente. Asimismo, se considera que un deudor o acreedor es importante cuando el importe de la operación es mayor al quince por ciento de los activos del establecimiento comercial o de su contraparte.  
Para efectos del presente inciso, los consejeros independientes de Banco Fácil, S.A., Institución de Banca Múltiple, que, a su vez, tengan dicho carácter en el establecimiento comercial, se considerarán no vinculados, siempre y cuando en este último satisfagan los requisitos a que se refiere el artículo 22 de la Ley de Instituciones de Crédito.
  - c) Sean cónyuges, concubinas o concubinarios, así como los parientes por consanguinidad, afinidad o civil, hasta el tercer grado, respecto de alguna de las personas mencionadas en los incisos a) y b) anteriores;
  - d) Tengan poder de mando en el establecimiento comercial;  
Se entenderá por poder de mando la capacidad de hecho de influir de manera decisiva en los acuerdos adoptados en las sesiones de la asamblea de accionistas o del consejo de administración o en la gestión, conducción y ejecución de los negocios del establecimiento comercial de que se trate. Se presume que tienen poder de mando, salvo prueba en contrario, las personas que se ubiquen en cualquiera de los supuestos siguientes:
    - i) Los accionistas que tengan el control de la administración.
    - ii) Los individuos que tengan cargos vitalicios, honoríficos o cualquier otro título análogo o semejante a los anteriores, en el establecimiento comercial;
    - iii) Las personas que hayan transmitido el control del establecimiento comercial bajo cualquier título y de manera gratuita o a un valor inferior al de mercado o contable, en favor de individuos con los que tengan parentesco por consanguinidad, afinidad o civil hasta el cuarto grado, el cónyuge, la concubina o el concubinario.
    - iv) Quienes instruyan a consejeros o directivos relevantes del establecimiento comercial la toma de decisiones o la ejecución de operaciones en el propio establecimiento. Se considerarán directivos relevantes el director general, así como las personas físicas que adopten decisiones que trasciendan de forma significativa en la situación administrativa, financiera, operacional o jurídica del negocio o del grupo empresarial al que éste pertenezca.
  - e) Quienes hayan estado comprendidos en alguno de los supuestos previstos en los incisos a) y b) anteriores, durante el año anterior al momento en que se pretenda hacer su designación.
- III. Control de la institución de banca múltiple, a aquél señalado en los términos del artículo 17 de la Ley de Instituciones de Crédito;
- IV. Negocios afiliados o vinculados a una empresa, a aquellas personas morales que:
- a) Retengan acciones de dicha empresa que representen, al menos, el 10% del capital social de la misma, o bien, Grupo Comercial Chedraui, S.A. de C.V., participe en su capital social con acciones que asciendan a más del 10% de su capital social;
  - b) Tengan accionistas en común, que retengan más del 10% de las acciones representativas del capital social de ambas;
  - c) Sean clientes, proveedores, prestadores de servicios, deudores o acreedores importantes de cualquiera de esas empresas.  
Se considera que un cliente, proveedor o prestador de servicios es importante cuando los servicios que le preste la propia empresa o las ventas que aquél le haga a ésta representan más del diez por ciento de los servicios o ventas totales del cliente, del proveedor o del prestador de servicios, respectivamente. Asimismo, se considera que un deudor o acreedor es importante cuando el importe de la operación es mayor al quince por ciento de los activos de la empresa o de su contraparte.
- V. "Precios de transferencia", aquellos a los cuales una empresa transfiere bienes físicos o intangibles, o proporciona servicios a sus empresas asociadas.
- VI. "Tercero independiente", a la persona que cumpla, en lo conducente, con los requisitos de independencia que, para el auditor externo independiente, se establecen en 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 y modificadas mediante resoluciones publicadas en el mismo Diario los días 3 y 28 de marzo y 15 de septiembre de 2006.