ANEXO 38.1.9-e

Manual del Sistema Estadístico de los Seguros de Gastos Médicos Individual de la Operación de Accidentes y Enfermedades

Referente al reporte regulatorio sobre información estadística (RR8).

**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 “DATOS GENERALES”.

III.2 Archivo de información “EMISION”.

III.3 Archivo de información “SINIESTROS”.

IV. Catálogos.

**I. Consideraciones generales.**

Los campos se reportarán para todas las pólizas o certificados que hayan estado en vigor al menos un día del 1º de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, así como aquellas pólizas o certificados que no hayan tenido un día de vigencia en el año de reporte, pero que hayan tenido algún movimiento contable en el periodo por cualquier concepto considerado en este Manual.

Las pólizas con vigencia anticipada o vencida, cuyas primas se contabilizaron dentro del periodo de reporte, deberán ser incluidas en este archivo de información estadística.

Todas las cantidades deberán reportarse en pesos, incluyendo las pólizas en moneda extranjera o indizada y se deberá considerar en su caso, el tipo de cambio o valor de referencia utilizado al momento de su registro contable.

El Sistema Estadístico para el Ramo de Gastos Médicos Individual estará conformado por tres archivos de información:

**1. Archivo de información “Datos Generales”**

En este archivo se deberán reportar los datos especificados para cada uno de los certificados que hayan estado en vigor del 1 de enero al 31 de diciembre del año de reporte y/o hayan tenido un movimiento contable en el ejercicio, independientemente de que el certificado no se encuentre en vigor a la fecha de cierre del ejercicio.

El monto de la prima cedida reportado en este archivo, deberán guardar consistencia con el sistema RR7 al cierre del ejercicio que se reporta, considerando los siguientes conceptos:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ramo** | **Subramo** | **Subsubramo** | **Tabla del RR7** | **Cuentas** | **RR8** |
| 30 | 332 | 34 | Primas | Clave\_primas: 180 | Prima Cedida  |

**2.- Archivo de información “EMISION”**

Este archivo contendrá la información referente a la emisión de pólizas y certificados que estuvieron expuestos en el ejercicio reportado o bien con algún movimiento contable.

Todos los registros provendrán del seguro directo. Si una Institución se encuentra en coaseguro con otra u otras Instituciones, cada institución deberá reportar la parte que le corresponda de la emisión y de los siniestros.

Las primas emitidas reportadas en este archivo, deberán guardar consistencia con el sistema RR7 al cierre del ejercicio que se reporta, considerando los siguientes conceptos:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ramo** | **Subramo** | **Subsubramo** | **Tabla del RR7** | **Cuentas** | **RR8** |
| 30 | 332 | 34 | Primas | Clave\_primas: 040 | Prima Emitida |
|

Todos los montos de sumas aseguradas de aquellas pólizas que se reporten, independientemente del estatus asignado, corresponderán a la suma asegurada alcanzada al cierre del ejercicio, fin de vigencia o fecha de cancelación según corresponda para cada uno de los beneficios otorgados.

Para las pólizas renovables, se registrará por separado cada una de las vigencias que haya tenido dicha póliza, incluyendo la póliza que estaba vigente al 1º de enero del año de reporte y todas las renovaciones que haya tenido la misma durante dicho periodo.

En caso de que la Institución operativamente asigne el mismo número de póliza a la o las renovaciones, éste deberá ser modificado para que sea diferenciable en cada renovación, cuidando que los siniestros de cada póliza se asignen a la renovación que le corresponda; una forma para diferenciar el número de póliza para cada renovación, podría ser generado al unir al número de póliza (igual para todas) el año y mes de inicio de vigencia, con el formato “aaaamm” o cualquier otro procedimiento que la Institución considere conveniente para distinguir las pólizas en sus diferentes vigencias.

Las pólizas en fondos de administración de pérdidas, en donde la Institución no cubre riesgo alguno, sino mediante el cobro de una contraprestación se obliga a administrar un fondo para el pago de siniestros, no deberán formar parte de la estadística. En caso de que las primas de este tipo de planes se registren en el RR7 en el archivo PRIMAS, deberá especificar este hecho en la correspondiente carta de aclaraciones, pero ninguno de estos registros deberá incluirse en el reporte de la estadística.

**3.- Archivo de información “SINIESTROS”**

En este archivo se reportarán los certificados, tanto del ejercicio que se reporta como de ejercicios anteriores, que hayan realizado una reclamación durante el período de reporte o que hayan presentado un movimiento en el ejercicio del reporte sin importar la fecha en que se realizó la reclamación. Se debe mantener consistencia en el número de póliza, número de certificado, número de siniestro y número de reclamación aun cuando el mismo asegurado ahora cuente con otro número de póliza para otro ejercicio.

El monto de los siniestros en este archivo, deberá guardar consistencia con el sistema RR7 considerando los siguientes conceptos y campos al cierre del ejercicio que se reporta:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ramo** | **Subramo** | **Subsubramo** | **Tabla del RR7** | **Cuentas** | **RR8** |
| 30 | 332 | 34 | Costo de la Siniestralidad | Clave costo de siniestralidad: 050  | Monto de la Reclamación menos Deduciblemenos Coaseguro |
|

Asimismo, los montos recuperados de reaseguro deberán guardar consistencia con el sistema RR7 al cierre del ejercicio que se reporta, considerando los siguientes conceptos:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ramo** | **Subramo** | **Subsubramo** | **Tabla del RR7** | **Cuentas** | **RR8** |
| 30 | 332 | 34 | Costo de Siniestralidad | Clave costo de siniestralidad: 130  | Monto recuperado de reaseguro |

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 Colectiva, considerando la suma de todos los movimientos o endosos con efecto técnico que haya tenido en el periodo a reportar, y que contiene la información de acuerdo con la siguiente estructura de archivo.

En caso de que la Institución tenga algún convenio en el cual se amparen conceptos derivados (ver ejemplo), por la atención de diferentes siniestros (no asignados a un siniestro específico) de diferentes pólizas y que no exista un detalle de todos los pagos que se efectuaron ni de los campos que aquí se solicitan, deberán reportar agrupados en un solo registro por convenio, asignando el concepto en el campo “Número de Póliza”, y reportando en “Número de Asegurado” la clave “CONVENIO”.

Ejemplo:

| **Número de Póliza** |  **Número de Asegurado** |
| --- | --- |
| AMBULANCIAS AÉREAS | CONVENIO |
| ASISTENCIA TELEFÓNICA | CONVENIO |

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

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

**1.** Cada renglón debe contener todos los campos que se detallan en el presente manual 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 alfanuméricos y fechas donde no haya 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 **||**; en el caso de campos numéricos se deberá capturar el valor cero y cerrar el campo con el separador respectivo, ejemplo: **|0|**.

**4.** Los ceros contenidos en las claves de los catálogos, no deberán omitirse, asimismo, las mayúsculas y minúsculas dentro de las claves de los catálogos alfanuméricos deberán respetarse.

**5.** El registro de los campos correspondientes a montos deberá realizarse en moneda nacional y no al millar u otra conversión.

**6.** Los montos reportados no deberán contener comas, contendrán el punto decimal (cuando así lo requiera la descripción del campo correspondiente) 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.** Las variables relacionadas con las Primas, Comisiones y los Montos reportados en la tabla de Siniestros se reportarán con 2 decimales.

**10.** Al final de cada registro deberá agregarse el signo “;” (punto y coma, que es el separador de registros), antecedido del signo “|” pipe, cuando continúe otro registro, se deberá separar por un salto de renglón (Enter) después del punto y coma.

Ejemplos:

**a)** Si se requiere reportar en un campo inicial la clave del estado “08”, ésta deberá aparecer como:

|08|

**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 julio de 1988, ésta deberá aparecer como:

|19880715|**;**

A continuación, se presenta la lista de campos de los archivos de información solicitados, iniciando con el de “Datos Generales", 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).

| ***A. Lista de campos del archivo de información “Datos Generales”*** |
| --- |
| **No.** | **Campo** | **Longitud máxima** | **Tipo** | **No. de Catálogo** |
| 1 | Número de póliza  | 25 | Alfanumérico |  |
| 2 | Número de certificado  | 20 | Alfanumérico |  |
| 3 | Tipo de seguro  | 1 | Alfanumérico | 254 |
| 4 | Moneda | 2 | Alfanumérico | 2.1 |
| 5 | Entidad del asegurado  | 2 | Alfanumérico | 16.1 |
| 6 | Fecha de inicio de vigencia | 8 | Fecha |  |
| 7 | Fecha de fin de vigencia | 8 | Fecha |  |
| 8 | Fecha de alta del certificado | 8 | Fecha |  |
| 9 | Fecha de baja del certificado | 8 | Fecha |  |
| 10 | Fecha de nacimiento | 8 | Fecha |  |
| 11 | Fecha de emisión | 8 | Fecha |  |
| 12 | Sexo | 1 | Alfanumérico | 241 |
| 13 | Estatus del certificado  | 1 | Alfanumérico | 22.2 |
| 14 | Forma de venta | 2 | Alfanumérico | 1 |
| 15 | Subtipo de seguro | 1 | Alfanumérico | 83 |
| 16 | Año póliza | 2 | Numérico |  |
| 17 | Modalidad de suma asegurada | 1 | Alfanumérico | 257 |
| 18 | Coaseguro | 1 | Numérico |  |
| 19 | Prima cedida | 15 | Numérico |  |
| 20 | Comisión directa | 15 | Numérico |  |

A continuación, se muestra la descripción de cada campo del archivo de información de “Emisión”:

| ***A. Lista de campos del archivo de información “Emisión”*** |
| --- |
| **No.** | **Campo** | **Longitud máxima** | **Tipo** | **No. de Catálogo**  |
| 1 | Número de póliza  | 25 | Alfanumérico |  |
| 2 | Número de certificado  | 20 | Alfanumérico |  |
| 3 | Cobertura  | 2 | Alfanumérico | 255 |
| 4 | Suma asegurada | 20 | Numérico |  |
| 5 | Prima emitida | 15 | Numérico |  |
| 6 | Prima devengada | 15 | Numérico |  |

A continuación, se muestra la descripción de cada campo del archivo de información de “SINIESTROS”:

| ***C. Lista de campos del archivo de información “Siniestros”*** |
| --- |
| **No.** | **Campo** | **Longitud máxima** | **Tipo** | **No. de Catálogo**  |
| 1 | Número de póliza  | 25 | Alfanumérico |  |
| 2 | Número de certificado | 20 | Alfanumérico |  |
| 3 | Número de siniestro  | 20 | Alfanumérico |  |
| 4 | Número de reclamación  | 20 | Alfanumérico |  |
| 5 | Fecha de ocurrencia del siniestro | 8 | Fecha |  |
| 6 | Fecha de reporte de la reclamación | 8 | Fecha |  |
| 7 | Fecha de contabilización de la reclamación | 8 | Fecha |  |
| 8 | Fecha de pago de la reclamación | 8 | Fecha |  |
| 9 | Estatus de la reclamación | 1 | Alfanumérico | 21.2 |
| 10 | Entidad de ocurrencia del siniestro | 2 | Alfanumérico | 16.1 |
| 11 | Tipo de gasto | 2 | Alfanumérico | 256 |
| 12 | Período de espera | 2 | Numérico |  |
| 13 | Causa de siniestro o reclamación | 4 | Alfanumérico | 10.1 |
| 14 | Tipo de pago | 1 | Alfanumérico | 258 |
| 15 | Sexo | 1 | Alfanumérico | 241 |
| 16 | Fecha de nacimiento | 8 | Fecha |  |
| 17 | Monto de la reclamación | 15 | Numérico |  |
| 18 | Monto de deducible | 15 | Numérico |  |
| 19 | Monto de coaseguro | 15 | Numérico |  |
| 20 | Monto pagado de la reclamación | 15 | Numérico |  |
| 21 | Monto recuperado de reaseguro | 15 | Numérico |  |
| 22 | Tipo de movimiento de la reclamación | 1 | Alfanumérico | 252 |

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

**III.1 Archivo de información “DATOS GENERALES”**.

A continuación, se define cada uno de los campos que conforman el archivo de información estadística **“Datos Generales”:**

**1. Número de póliza:** Se identificará cada registro con el número de póliza que la propia Institución haya asignado a cada uno de los asegurados. Dicho número deberá guardar consistencia con el archivo actual y futuro de datos generales, emisión y siniestros.

**2. Número de certificado:** Se especificará el número de certificado, que la Institución haya asignado, mismo que no podrá repetirse dentro de una misma póliza, en caso de que la institución por cuestiones administrativas asigne el mismo número de certificado a dos o más integrantes de la póliza, deberá diferenciarlos de manera única considerando que los números asignados deberán ser consistentes con el archivo actual y futuro de datos generales, emisión y siniestros.

**3. Tipo de seguro:** Se identificará en cada registro el tipo de plan contratado por el asegurado de acuerdo con el catálogo 254 en base al tipo de cobertura hospitalaria ofrecida.

Se entenderá como seguro indemnizatorio, las pólizas en que se haya pactado que cualquier cobertura contratada al momento de la reclamación se pague la suma asegurada establecida y además no será necesaria la comprobación de los gastos erogados por la cobertura reclamada.

**4. Moneda:** Se debe capturar de acuerdo al catálogo 2.1, la clave de la moneda con la cual se emitió la póliza.

**5. Entidad del asegurado:** Se especificará para cada registro el estado de la República (o el extranjero) en donde radique el asegurado especificado en la solicitud de la póliza, clasificado de acuerdo al catálogo 16.1. En caso de no tener la dirección del asegurado, se deberá registrar la entidad del contratante.

**6. Fecha de inicio de vigencia:** Se reportará la fecha a partir de la cual la póliza entre en vigor.

**7. Fecha de fin de vigencia:** Se reportará la fecha en que finalice la vigencia o cobertura de la póliza.

**8. Fecha de alta del certificado:** Corresponde a la fecha en la cual el asegurado inicia su exposición, como integrante de la póliza.

**9. Fecha de baja del certificado:** Corresponde a la fecha en que se registre la salida del asegurado, como integrante de la póliza. Si no está dado de baja, el campo deberá reportarse vacío. Para los casos de cancelación o terminación, la fecha que se reportará en este campo, será la que corresponda a la fecha de la cancelación o terminación de la póliza.

**10. Fecha de nacimiento:** Se especificará la fecha de nacimiento del asegurado.

**11. Fecha de emisión:** Registrar la fecha en que se dio de alta el certificado contablemente. En caso de renovación de la póliza se registrará la fecha de alta contable de este movimiento.

En caso de que la fecha de emisión y la fecha de alta contable sean distintas, se reportará la fecha de alta contable.

**12. Sexo:** Se identificará el género del certificado a quien corresponda el registro, de acuerdo con el catálogo 241.

**13. Estatus del certificado:** Se reportará mediante las claves del catálogo 22.2, la situación en que se encuentre el asegurado a la fecha de reporte.

Se debe considerar catálogo 22.2, atendiendo a las siguientes definiciones:

* **Vigor:** Se considera vigente aquel certificado o asegurado cuyo plazo de beneficio al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta no se encuentra expirada, terminada o cancelada.

● **Expirada o Terminada:** Se considera así, aquel certificado cuyo período de cobertura terminó durante el ejercicio que se está reportando. Si la póliza tiene fin de vigencia el día 31 de diciembre del periodo de reporte, esta se reportará como expirada.

● **Cancelada:** Se considera así, aquel certificado en el cual, el derecho a el (los) beneficio(s) del seguro ha terminado por cualquier causa, excepto las expiradas en el ejercicio de reporte.

* **Baja por muerte:** Se considera así, aquella póliza o certificado en el cual, el derecho a la(s) cobertura(s) del seguro ha terminado, debido al fallecimiento del asegurado.
* **Anticipada o Diferida:** Se considera así, aquel certificado en el cual, el inicio de la exposición sea posterior al 31 de diciembre del ejercicio reportado.

Las pólizas con fin de vigencia el 31 de diciembre no se deben reportar en el siguiente ejercicio en la tabla de datos generales.

**14. Forma de venta:** Se reportará mediante las claves del catálogo 1, el canal de distribución a través del cual se contrató la póliza.

**15.** **Subtipo de seguro:** Se reportará mediante la clave del catálogo 83.

**16. Año póliza:** Se identificará cada registro con el número de años de antigüedad de la póliza considerando las renovaciones de la póliza. En caso de que la póliza a la fecha de reporte, se encuentre antes de cumplir su primer año póliza, deberá ser considerada con antigüedad igual a 1. Si se trata de una póliza diferida, se reportará 1 en este campo.

**17. Modalidad de suma asegurada de la póliza:** Se identificará si la suma asegurada de la póliza tiene límite o no de acuerdo con el catálogo 257, entendiéndose que “Sin límite” sólo aplica a las renovaciones de planes inicialmente emitidos antes de abril de 2013.

**18.** **Coaseguro:** En esta variable se reportará el valor de 1 cuando la póliza no cuente con coaseguro o en caso de tener coaseguro, la institución es la compañía líder, en caso contrario se registrará el valor de cero.

**19. Prima cedida:** Se debe reportar el monto total de la prima directa cedida, correspondiente a lo cedido en los contratos de reaseguro proporcional.

**20. Comisión directa:** Se debe registrar el monto neto de las comisiones o compensaciones directas otorgadas a los agentes correspondientes a la prima expedida durante el periodo de reporte. El registro de esta variable se efectuará independientemente de que la póliza o endoso ya hayan sido pagados o estén pendientes de pago.

**III.2** **Archivo de información “EMISION”.**

A continuación, se define cada uno de los campos que conforman el archivo de información estadística **“EMISION”:**

**1. Número de póliza:** Se identificará cada registro con el número de póliza que la propia Institución haya asignado a cada uno de los asegurados. Dicho número deberá guardar consistencia con el archivo actual y futuro de datos generales, emisión y siniestros.

**2. Número de certificado:** Se especificará el número de certificado, que la Institución haya asignado, mismo que no podrá repetirse dentro de una misma póliza, en caso de que la institución por cuestiones administrativas asigne el mismo número de certificado a dos o más integrantes de la póliza, deberá diferenciarlos de manera única considerando que los números asignados deberán ser consistentes con el archivo actual y futuro de datos generales, emisión y siniestros.

**3. Cobertura:** Se debe capturar según el catálogo 255, la clave de cada una de las coberturas contratadas a cambio de una contraprestación o prima para cada certificado.

En el catálogo se muestran las coberturas opcionales que se pueden contratar mediante el pago de una prima.

En el caso de solo tener la cobertura básica se reportará la opción 01.

**4. Suma asegurada.** Se registrará el monto de suma asegurada cubierta para el beneficio adquirido.

En caso de que se trate de una póliza sin límite, se llenará con |0| o bien se realizará un estimado de la pérdida máxima

**5. Prima emitida:** Se registrará la prima emitida en el periodo de reporte para el beneficio adquirido.

**6.** **Prima devengada:** Se debe reportar la parte proporcional de la prima emitida que corresponde al periodo transcurrido a la fecha de cierre del ejercicio.

Para efectos de devengamiento de la prima emitida, esta deberá considerarse desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura. Si el fin de vigencia es menor o igual a la fecha de cierre del ejercicio entonces la prima devengada deberá ser igual a la prima emitida

La forma de cálculo es la siguiente:

$$PD= \frac{Dp}{Dv} ×PE$$

 Donde:

PD = Prima devengada.

Dp = Número de días transcurridos a la fecha del cierre del ejercicio o al fin de vigencia si este es menor a la fecha de cierre del ejercicio.

Dv =Número de días de vigencia de la cobertura.

PE =Prima emitida, incluye la emisión de cualquier año de las pólizas que se reportaron en la tabla de emisión

**III.3 Archivo de información “SINIESTROS”.**

A continuación, se define cada uno de los campos que conforman el archivo de información estadística “SINIESTROS”. En los casos de reclamación con más de una cobertura afectada con el mismo número de siniestro, el registro se repetirá para cada cobertura.

**1. Número de póliza:** Se identificará a cada registro con el número de la póliza que la propia Institución le haya asignado a cada uno de los asegurados. Dicho número deberá guardar consistencia con el archivo actual y futuro de datos generales, emisión y siniestros.

**2. Número de certificado:** Se especificará el número de asegurado que la Institución haya asignado, mismo que no podrá repetirse dentro de una misma póliza, en caso de que la institución por cuestiones administrativas asigne el mismo número de asegurado a dos o más integrantes de la póliza, deberá diferenciarlos de manera única considerando que los números asignados deberán ser consistentes con el archivo actual y futuro de datos generales, emisión y siniestros.

**3. Número de siniestro:** Se reportará el número de siniestro asignado cuya reclamación se registró en el ejercicio que se reporta. El número de siniestro es único y sólo podrá repetirse dentro de una misma póliza cuando se afecten diferentes coberturas de forma simultánea o cuando se tengan diferentes reclamaciones derivadas de un mismo siniestro, en caso de que la Institución por cuestiones administrativas registre con el mismo número a dos o más siniestros de la póliza, deberá diferenciarlos de manera única al reportarlos en la estadística, considerando que los números de siniestro asignados deberán ser consistentes con el archivo actual y futuro de siniestros, recordando que a cada combinación de número de reclamación y cobertura afectada le corresponderá un registro.

**4. Número de reclamación:** Se reportará el número de reclamación derivado del siniestro registrado en el ejercicio que se reporta. El número de reclamación sólo podrá repetirse dentro de un mismo siniestro cuando se afecten diferentes coberturas de forma simultánea; en caso de que la institución por cuestiones administrativas registre el mismo número de reclamación a dos o más reclamaciones que afecten la misma cobertura derivadas de un mismo evento (siniestro), deberá diferenciarlos de manera única al reportarlos en la estadística, considerando que los números de reclamaciones asignados deberán ser consistentes con el archivo actual y futuro de siniestros.

**5. Fecha de ocurrencia del siniestro:** Se reportará la fecha de ocurrencia del siniestro cuya reclamación se registró en el ejercicio que se reporta.

**6. Fecha de reporte de la reclamación:** Se reportará la fecha en que fue notificada a la Institución la reclamación.

**7. Fecha de contabilización de la reclamación:** Se reportará la fecha en que la Institución contabilizó la reclamación.

**8. Fecha de pago de la reclamación:** Indicar la fecha en que se realizó el pago de la reclamación por parte de la Institución.

 En caso de existir más de un pago en el período de reporte para el mismo siniestro y cobertura, se deberá reportar la fecha de pago correspondiente al último pago realizado en dicho ejercicio.

**9. Estatus de la reclamación:** Se reportará mediante las claves del catálogo 21.2, la situación en que se encuentre el siniestro o reclamación, siendo éste independiente del estatus de la póliza y/o asegurado considerando el catálogo 21.2, atendiendo a las siguientes definiciones:

● **Pagado parcial:** Es aquella reclamación que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, se ha realizado una parte del pago, pero no se ha finiquitado.

● **Pagado total:** Es aquella reclamación que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, se encuentra finiquitado.

● **Pendiente de pago:** Es aquella reclamación que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, no se ha realizado ningún pago.

● **Rechazado o cancelado:** Es aquella reclamación que dentro del periodo de reporte ha sido determinado como no aceptado o improcedente, el monto a reportar deberá ser igual a cero. En caso de que el rechazo o cancelación suceda en el periodo de reporte por una reclamación que provenga de algún periodo anterior, el monto a reportar podrá ser negativo.

● **Litigio:** Es aquella reclamación que se encuentra en proceso legal, es decir, que se encuentra en la reserva específica, ordenada por la CONDUSEF y aún no existe una sentencia, laudo o resolución sobre dicha reclamación al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta.

**10. Entidad de ocurrencia del siniestro:** Se especificará para cada registro el estado de la República (o el extranjero) donde ocurrió el siniestro o se realizó el mayor gasto erogado cubierto por el plan, de acuerdo al catálogo 16.1.

**11. Tipo de gasto:** Se especificará el tipo de gasto generado por la reclamación, clasificado de acuerdo con el catálogo 256.

**12. Periodo de espera:** Se registrará el número de meses estipulados en la póliza que deben transcurrir desde el alta del asegurado hasta la fecha en que comienza la protección del beneficio contratado. En caso de que no exista periodo de espera, este campo se reportará en cero.

**13. Causa de siniestro o reclamación:** Se reportará la causa del siniestro ocurrido mediante clave del catálogo 10.1 (International Classification of Diseases No. 10), con los cuatro caracteres de la clave excluyendo el punto decimal.

**14.** **Tipo de pago:** Se reportará de acuerdo al catálogo 258 de qué manera la aseguradora realiza el pago de la reclamación.

En caso de que el pago de la reclamación sea por medio de una suma asegurada establecida y no sea necesario comprobar el gasto, se entenderá que es un seguro indemnizatorio.

**15. Sexo:** Se identificará el género del certificado a quien corresponda el registro, de acuerdo con el catálogo 241.

**16. Fecha de nacimiento:** Se especificará la fecha de nacimiento del asegurado que tuvo el siniestro.

**17. Monto de la reclamación:** Se reportará el importe total reclamado, sin descontar el deducible ni el coaseguro correspondiente.

**18. Monto de deducible:** Se reportará la cantidad que quedó a cargo del asegurado por este concepto, de las reclamaciones hechas durante el ejercicio que se reporta. En caso de que no exista o no aplique, este campo se reportará en cero.

En caso de que no se tenga el deducible identificado por tipo de gasto, este se reportará en el gasto de mayor monto.

Este valor deberá reportarse aun cundo la reclamación no haya rebasado el deducible, en dicho caso, el monto reclamado y el monto de deducible deberá ser el mismo.

**19. Monto de coaseguro:** Se reportará la cantidad a cargo del asegurado por este concepto, de las reclamaciones realizadas durante el ejercicio que se reporta. En caso de que no exista o no aplique, este campo se reportará en cero.

En caso de existir un monto máximo de coaseguro y el cálculo de coaseguro supere dicho tope, este valor se reportará en cero a partir de alcanzar el tope y para los gastos subsecuentes.

**20**. **Monto pagado de la reclamación:** Se reportará el monto pagado al asegurado que corresponda a la reclamación reportada.

**21. Monto recuperado de reaseguro:** Se reportará el monto estimado a recuperar de reaseguro de las reclamaciones contabilizadas en el ejercicio, de acuerdo con los contratos de reaseguro proporcionales.

Para cada gasto el monto recuperado de reaseguro se reportará aplicando la misma proporción establecida en el contrato de reaseguro.

**22. Tipo de movimiento de la reclamación**: Se identificará si la reclamación es inicial o es un complemento, de acuerdo al catálogo 252.

El movimiento inicial corresponde al primer gasto erogado por dicho siniestro y en caso contrario, se refiere a un movimiento complementario a pesar de tratarse de un movimiento de la reclamación inicial.

**IV Catálogos**

Los catálogos referidos en el presente anexo se darán a conocer mediante las disposiciones administrativas que para tal efecto emitirá esta Comisión.