ANEXO 38.1.9-e

Manual del Sistema Estadístico de los Seguros de Gastos Médicos Colectivo 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 “EMISION”.

III.2 Archivo de información “SINIESTROS”.

IV. Catálogos.

V. Cambios en el Manual para el ejercicio 2018.

**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, independientemente de que la póliza o certificado no se encuentre en vigor en esta última fecha, así como aquellas pólizas o certificados que no hayan tenido un día de vigencia en el año de reporte, pero que contablemente hayan tenido efecto en el periodo que se reporta por cualquier concepto contable considerado en este Manual, con el estatus que le corresponda a esa fecha.

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 Colectivo 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 que estuvieron expuestos en el ejercicio reportado o bien con algún movimiento contable.

Todos los registros provendrán del seguro directo al 100% del riesgo asegurado, salvo especificación en contrario. Si una Institución se encuentra en coaseguro con otra u otras Instituciones, la líder deberá reportar el 100% de la emisión de la(s) póliza(s) con esta característica, en tanto que la(s) demás coaseguradora(s) no reportarán dichas pólizas en la estadística del año de reporte. Sin embargo, todas las Instituciones involucradas en un contrato de coaseguro, deberán informar esta situación donde los montos de diferencia contable en sus cartas aclaratorias, deberán ser consistentes con la(s) otra(s) Institución(es).

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 | 35 y 36 | Primas | Nivel 1: 510Nivel 2: 01 | Prima Emitida 1+Prima Emitida 2 |
|

Todos los montos de sumas aseguradas de aquellas pólizas que se reporten, independientemente del estatus asignado, corresponderán al Límite Máximo de Responsabilidad para cada cobertura otorgada alcanzada.

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, con el estatus que le corresponda a cada una de ellas al cierre del ejercicio. 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.

Para el caso de pólizas en administración de riesgos conocidas como “cash flow”, en donde la Institución no cubre riesgo alguno, sino que solamente administra un fondo para 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.

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

Este archivo contendrá la información referente a lo reclamado en el ejercicio que se reporta, es decir, aquellossiniestros que ocurrieron en cualquier periodo anterior o durante el ejercicio que se reporta y que fueron del conocimiento de la Institución en el periodo de reporte es decir que se reportará todo lo reclamado durante el periodo que se trate, sin importar que la póliza que le dio origen, haya sido emitida en periodos anteriores y no haya estado en vigor en algún momento del periodo a reportar, se debe mantener consistencia en el número de póliza, número de Certificado y Número de Siniestro aun cuando el mismo certificado 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 (31 de diciembre de 2018):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ramo** | **Subramo** | **Subsubramo** | **Tabla del RR7** | **Cuentas** | **RR8** |
| 30 | 332 | 35 y 36 | Costo de la Siniestralidad | CTO\_SIN: 050Nivel 1: 570Nivel 2: 01Nivel 3: 01Nivel 4: 00 | Honorarios + Hospitalización + Medicamentos + Estudios Auxiliares + Otros Gastos menos Deducible menos Coaseguro |
|

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 certificado 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 Certificado” la clave “CONVENIO”.

Ejemplo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Número de Póliza** | **Certificado** | **Cobertura afectada** | **Monto otros gastos** |
| AMBULANCIAS AÉREAS | CONVENIO | 7 | 1,000,000 |
| ASISTENCIATELEFÓNICA | CONVENIO | 7  | 2,000 |

Los demás campos serán reportados de acuerdo con la tabla siguiente:

| **No.** | ***Campo*** | ***Tipo*** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Número de póliza  | NOMBRE\_PROVEEDOR |
| 2 | Número de certificado | CONVENIO |
| 3 | Tipo de seguro  | Clave: I |
| 4 | Moneda | La que corresponda (catálogo 2.1) |
| 5 | Fecha de nacimiento | 1 de enero del año de reporte |
| 6 | Sexo | El que se considere más representativo |
| 7 | Número de siniestro  | Alfanumérico |
| 8 | Número de reclamación  | Alfanumérico |
| 9 | Fecha de ocurrencia del siniestro | 31 de diciembre del año de reporte |
| 10 | Fecha de reporte de la reclamación | 31 de diciembre del año de reporte |
| 11 | Estatus de la reclamación | Clave: 1 (Pagado total) |
| 12 | Forma de venta | Clave: 99 (Otros) |
| 13 | Entidad del contratante o emisión  | El que corresponda (del proveedor) |
| 14 | Entidad de ocurrencia del siniestro | El que corresponda (del proveedor) |
| 15 | Periodo de espera | 0 |
| 16 | Monto de honorarios | 0 |
| 17 | Monto de hospitalización | 0 |
| 18 | Monto de medicamentos | 0 |
| 19 | Monto de estudios auxiliares | 0 |
| 20 | Monto de otros gastos | Numérico |
| 21 | Causa de siniestro o reclamación | El que se considere más representativo |
| 22 | Monto de deducible | 0 |
| 23 | Monto de coaseguro (convenido) | 0 |
| 24 | Año póliza | 1 |
| 25 | Subtipo de seguro  | Clave: 4 (Otros) |
| 26 | Tipo de movimiento de la reclamación | Clave: 1 (Inicial) |

**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 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.** 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, certificado, siniestro y reclamación.

**10.** En ningún caso deberán registrarse signos especiales dentro de los campos, por ejemplo: **/**, **$**, **%**, **&**, **?**, **#**, **|**, **@**, etc., es decir, ningún signo diferente al alfabeto castellano en mayúsculas, o diferente a los números arábigos del 0 al 9. Primera excepción el signo “-” (negativo) para los campos numéricos que lo ameriten, segunda excepción en los campos que hacen referencia a número de póliza, certificado, siniestro o reclamación y, tercera excepción el signo “pipe”, que significa fin de campo.

**11.** Al final de cada registro deberá agregarse el signo “**;**” (punto y coma, que es el separador de registros), antecedido del signo “|” pipe, así como un salto de registro al final del renglón (Enter).

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 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 Colectivo de la Operación de Accidentes y Enfermedades, es decir, se identifica la descripción de cada campo, su longitud máxima, su tipo y si el campo está ligado a un catálogo (es decir, claves).

| ***A. Lista de campos del archivo de información “EMISION”*** |
| --- |
| **No.** | **Campo** | **Longitud máxima** | **Tipo** | **No. de Catálogo**  |
| 1 | Número de póliza | 20 | Alfanumérico |  |
| 2 | Número de certificado | 20 | Alfanumérico |  |
| 3 | Tipo de seguro  | 1 | Alfanumérico |  |
| 4 | Moneda | 2 | Numérico | 2.1 |
| 5 | Fecha de inicio de vigencia | 8 | Fecha |  |
| 6 | Fecha de fin de vigencia | 8 | Fecha |  |
| 7 | Fecha de alta del certificado | 8 | Fecha |  |
| 8 | Fecha de baja del certificado | 8 | Fecha |  |
| 9 | Fecha de nacimiento | 8 | Fecha |  |
| 10 | Sexo | 1 | Alfanumérico |  |
| 11 | Estatus de la póliza  | 1 | Alfanumérico | 22.2 |
| 12 | Estatus del certificado | 1 | Alfanumérico | 22.2 |
| 13 | Modalidad de suma asegurada de la póliza | 1 | Alfanumérico |  |
| 14 | Forma de venta | 2 | Alfanumérico | 1 |
| 15 | Entidad del contratante | 2 | Alfanumérico | 16.1 |
| 16 | S.A. alcanzada cobertura 1 | 20 | Numérico |  |
| 17 | S.A. alcanzada cobertura 2 | 20 | Numérico |  |
| 18 | Prima emitida cobertura 1 | 15 | Numérico |  |
| 19 | Prima emitida cobertura 2 | 15 | Numérico |  |
| 20 | Tipo de dividendo | 1 | Alfanumérico | 11 |
| 21 | Monto de dividendo | 15 | Numérico |  |
| 22 | Año póliza | 2 | Numérico |  |
| 23 | Inicio de cobertura | 1 | Numérico |  |
| 24 | Subtipo de seguro  | 1 | Numérico | 83 |

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

| ***B. Lista de campos del archivo de información “SINIESTROS”*** |
| --- |
| **No.** | **Campo** | **Longitud máxima** | **Tipo** | **No. de Catálogo**  |
| 1 | Número de póliza | 20 | Alfanumérico |  |
| 2 | Número de certificado | 20 | Alfanumérico |  |
| 3 | Tipo de seguro  | 1 | Alfanumérico |  |
| 4 | Moneda | 2 | Numérico | 2.1 |
| 5 | Fecha de nacimiento | 8 | Fecha |  |
| 6 | Sexo | 1 | Alfanumérico |  |
| 7 | Número de siniestro | 20 | Alfanumérico |  |
| 8 | Número de reclamación | 20 | Alfanumérico |  |
| 9 | Fecha de ocurrencia del siniestro | 8 | Fecha |  |
| 10 | Fecha de reporte de la reclamación | 8 | Fecha |  |
| 11 | Estatus de la reclamación | 1 | Alfanumérico | 21.2 |
| 12 | Forma de venta | 2 | Alfanumérico | 1 |
| 13 | Entidad del contratante o emisión | 2 | Alfanumérico | 16.1 |
| 14 | Entidad de ocurrencia del siniestro | 2 | Alfanumérico | 16.1 |
| 15 | Periodo de espera | 2 | Numérico |  |
| 16 | Monto de honorarios | 15 | Numérico |  |
| 17 | Monto de hospitalización | 15 | Numérico |  |
| 18 | Monto de medicamentos | 15 | Numérico |  |
| 19 | Monto de estudios auxiliares | 15 | Numérico |  |
| 20 | Monto de otros gastos | 15 | Numérico |  |
| 21 | Causa de siniestro o reclamación | 4 | Alfanumérico | 10.1 |
| 22 | Monto de deducible | 15 | Numérico |  |
| 23 | Monto de coaseguro (convenido) | 15 | Numérico |  |
| 24 | Año póliza | 2 | Numérico |  |
| 25 | Subtipo de seguro | 1 | Numérico | 83 |
| 26 | Tipo de movimiento de la reclamación | 1 | Alfanumérico |  |

**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. Número de póliza:** Se identificará cada registro con el número de póliza que la propia Institución haya asignado, tanto al registro del titular del seguro como los correspondientes a cada uno de los certificados. Dicho número deberá guardar consistencia con el archivo actual y futuro de 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 emisión y siniestros.

**3. Tipo de seguro:** Se identificará a cada registro con la clave **C** = Colectivo.

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

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

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

**7. Fecha de alta del certificado:** Corresponde a la fecha en que el asegurado inicia su exposición al riesgo, como integrante de la póliza.

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

**9. Fecha de nacimiento:** Se especificará la fecha de nacimiento del certificado.

**10. Sexo:** Se identificará el género del certificado a quien corresponda el registro, donde los valores permitidos son **F** = Femenino y **M** = Masculino.

**11. Estatus de la póliza:** Se reportará mediante las claves del catálogo 22.2, la situación en que se encuentre la póliza a la fecha de reporte.

**12. Estatus del certificado:** Se reportará mediante las claves del catálogo 22.2, la situación en que se encuentre el certificado a la fecha de reporte y en el caso de que exista una emisión anterior a la exposición al riesgo, tendrán el Estatus de Póliza en vigor y Estatus del certificado “anticipada o diferida”. Entendiéndose como anticipadas o diferidas a las pólizas con inicio de vigencia posterior al periodo que se reporta.

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

* **Vigor:** Se considera vigente aquella póliza o certificado cuyo plazo de cobertura al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta no se encuentra expirada o terminada, cancelada o con estatus de baja por muerte.

● **Expirada o Terminada:** Se considera así, aquella póliza o 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, tendrá estatus vigor, salvo aquéllas que tengan su renovación el mismo día (31 de diciembre), en cuyo caso se reportará la que está terminando con estatus expirada.

● **Cancelada:** Se considera así, aquella póliza o certificado en el cual, el derecho a la(s) cobertura(s) del seguro ha terminado por cualquier causa, excepto las expiradas o baja por muerte 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 certificado.
* **Anticipada o Diferida:** Se considera así, aquella póliza o certificado en el cual, el inicio de la exposición sea posterior al 31 de diciembre del ejercicio reportado.

**13. Modalidad de suma asegurada de la póliza:** Se identificará a cada registro con el valor **N** = Suma Asegurada Limitada o **S** = Sin límite, entendiéndose que “Sin límite” sólo aplica a las renovaciones de planes inicialmente emitidos antes de abril de 2013.

**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. Entidad del contratante:** Se especificará para cada registro el estado de la República (o el extranjero) en donde radique el contratante especificado en la solicitud de la póliza, clasificado de acuerdo al catálogo 16.1.

**16. S.A. cobertura 1:** Se registrará el monto del Límite Máximo de Responsabilidad (sin decimales) que se obtenga combinando todas las coberturas concurrentes en un solo evento al cierre del ejercicio que se reporta para la cobertura 1 (**básica**) de gastos médicos derivados de un accidente o enfermedad. En caso de tratarse de pólizas sin límite de S.A. o cuando no se haya contratado dicha cobertura, este campo se deberá reportar en cero.

Ejemplos;

Concepto y Suma asegurada: Llenado del campo:

Caso 1) Gastos Médicos: 100,000.38 |100000|

Caso 2) Gastos Médicos ilimitada: |0|

En caso de coberturas ofrecidas que se pagan día por día deberá reportarse el producto de los días máximos contratados en la cobertura por la cantidad que se paga en caso de resultar siniestrada la cobertura.

**17. S.A. cobertura 2:** Se registrará el monto del Límite Máximo de Responsabilidad (sin decimales) de todas las coberturas concurrentes en un solo evento al cierre del ejercicio que se reporta para la cobertura 2 (**coberturas opcionales,** entendiéndose todas aquellas que el asegurado pueda agregar a su cobertura básica) de gastos médicos derivados de un accidente o enfermedad sufrido por el asegurado. En caso de tratarse de pólizas sin límite de S.A. o cuando no se haya contratado dicha cobertura, este campo se deberá reportar en cero.

Ejemplos;

Concepto y suma asegurada: Llenado del campo:

Caso 1) Otras coberturas: 150,000.29 |150000|

Caso 2) Otras coberturas concurrentes: 25,000 y 35,500 |60500|

Caso 3) Otras coberturas: Ninguna |0|

Caso 4) Otras coberturas no concurrentes: 25,000 y 35,500 |35500|

En caso de coberturas ofrecidas que se pagan día por día deberá reportarse el producto de los días máximos contratados en la cobertura por la cantidad que se paga en caso de resultar siniestrada la cobertura.

**18. Prima emitida cobertura 1:** Se registrará la prima emitida en el periodo de reporte (con 2 decimales) de la cobertura 1 (**básica**). En caso de que no se haya contratado, este campo se deberá reportar en cero.

**19. Prima emitida cobertura 2:** Se registrará la prima emitida en el periodo de reporte (con 2 decimales) de la cobertura 2, correspondiente a **coberturas opcionales o con costo adicional.** En caso de que no se haya contratado alguna cobertura adicional, este campo se deberá reportar en cero.

**20. Tipo de dividendo:** En aquellas pólizas que tengan preestablecido el dividendo, se reportará de acuerdo al catálogo 11 el tipo de dividendo pactado.

**21. Monto de dividendo:** Se reportará el monto correspondiente al incremento neto (con dos decimales) que la aseguradora registre por concepto de participación en las utilidades. El monto correspondiente al dividendo se reportará a prorrata en cada certificado de la póliza. En caso de que este concepto no exista, se deberá reportar el campo en cero.

**22. Año póliza:** Se identificará cada registro con el número de años de antigüedad 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.

Ejemplos:

Aniversarios Llenado del campo

De cero hasta su 1er aniversario = |1|

1er. Aniversario cumplido + 1 día = |2|

2do. Aniversario cumplido + 1 día = |3|

Póliza diferida (no renovación) = |1|

**23. Inicio de cobertura:** Se especificará para cada registro, la forma en que inicie su cobertura, donde los valores permitidos son **1** = Diferida y **2** = No Diferida. Entendiéndose como "diferida", que el inicio de la cobertura sea posterior al periodo de reporte, es decir, emisión anticipada. Cuando una póliza diferida ya se encuentre en el periodo de vigencia, el valor para este campo deberá ser “2”, es decir No diferida.

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

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

A continuación, se definen cada uno de los campos que conforman el archivo de información estadística para “SINIESTROS”. En los casos en que se reclamen más de una cobertura 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 certificados. Dicho número deberá guardar consistencia con el archivo actual y futuro de 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 emisión y siniestros.

**3. Tipo de seguro:** Se identificará a cada registro con la clave **C** = Colectivo.

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

**5. Fecha de nacimiento**: Se especificará la fecha de nacimiento del certificado.

**6. Sexo**: Se identificará el género del certificado a quien corresponda el registro, donde los valores permitidos son **F** = Femenino y **M** = Masculino.

**7. 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 existan 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.

**8. Número de reclamación:** Se reportará el número de reclamación derivado del siniestro registrado en el ejercicio que se reporta; en caso de que la institución por cuestiones administrativas registre el mismo número de reclamación a dos o más reclamaciones 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.

**9. Fecha de ocurrencia del siniestro:** Se reportará la fecha del comprobante del primer gasto erogado del siniestro para planes que cubren gastos médicos erogados, o la fecha de diagnóstico de la enfermedad o accidente para planes indemnizatorios o básicos estandarizados, independientemente del ejercicio que se reporta.

**10. Fecha de reporte de la reclamación:** Se reportará la fecha en que fue registrada la reclamación en la Institución.

Ejemplo:



**11. 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 aquel siniestro que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, se ha realizado una parte del pago, pero no se ha finiquitado. Por lo que el monto a reportar del siniestro deberá ser el reclamado.

● **Pagado total:** Es aquel siniestro que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, se encuentra finiquitado. Por lo que el monto a reportar del siniestro deberá ser el reclamado.

● **Pendiente de pago:** Es aquel siniestro que al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, no se ha realizado ningún pago. Por lo que el monto a reportar del siniestro deberá ser el reclamado.

● **Rechazado o cancelado:** Es aquel siniestro 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 un siniestro que provenga de algún periodo anterior, el monto a reportar podrá ser negativo.

● **Litigio:** Es aquel siniestro que se encuentra en proceso legal, es decir, que se encuentra en la reserva específica, ordenada por la CNSF o la CONDUSEF y aún no existe una sentencia, laudo o resolución sobre dicho siniestro al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, por lo que el monto del siniestro deberá ser igual a cero.

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

**13. Entidad del contratante o emisión**: Se especificará para cada registro el estado de la República (o el extranjero) en donde radique el contratante especificado en la solicitud de la póliza, clasificado de acuerdo al catálogo 16.1.

**14. 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.

**15. Periodo de espera**: Se registrará el número máximo de meses considerados como periodo de espera aplicables al siniestro reportado. En caso de que no exista periodo de espera relacionado con el siniestro, este campo se reportará en cero.

Cuando se presenten periodos de espera menores o iguales a un mes, se reportará un mes y en caso de que el número de días sea mayor a un mes, deberán redondearse al mes que corresponda.

**16. Monto de honorarios:** Se reportará el importe total reclamado (con dos decimales), sin descontar deducible ni coaseguro de los gastos para planes que cubran los honorarios médicos erogados. En caso de registros cuyo monto no cubra los honorarios médicos erogados, como los planes indemnizatorios y básicos estandarizados, este campo se reportará en cero.

**17. Monto de hospitalización:** Se reportará el importe total reclamado (con dos decimales) sin descontar deducible ni coaseguro de gastos erogados por el concepto de hospitalización. En caso de registros cuyo monto no cubra la erogación de dichos gastos, como los planes indemnizatorios y básicos estandarizados, este campo se reportará en cero.

**18. Monto de medicamentos:** Se reportará el importe total reclamado (con dos decimales) sin descontar deducible ni coaseguro de los gastos erogados y cubiertos por el concepto de medicamentos fuera del hospital. En caso de registros cuyo monto no cubra la erogación de dichos gastos, como los planes indemnizatorios y básicos estandarizados, este campo se reportará en cero.

**19. Monto de estudios auxiliares:** Se reportará el importe total reclamado (con dos decimales) sin descontar deducible ni coaseguro de los gastos médicos erogados por el concepto de estudios auxiliares cubiertos fuera del hospital. En caso de registros cuyo monto no se cubra la erogación de dichos gastos, como los planes indemnizatorios y básicos estandarizados, este campo se reportará en cero.

**20. Monto de otros gastos:** Se reportará el importe total reclamado (con dos decimales) sin descontar deducible ni coaseguro por el concepto de otros gastos para planes que cubren otros gastos erogados distintos a los anteriores (como podrían ser ambulancias, enfermeras, dispositivos, etc.) o el importe total reclamado para los planes indemnizatorios y básicos estandarizados (en donde no se cubre gasto erogado). En caso de que no exista este concepto, este campo se reportará en cero.

**21. 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. Sólo deberán reportar los padecimientos relacionados con accidentes.

**22. Monto de deducible:** Se reportará la cantidad (con dos decimales) que quedó a cargo del asegurado por este concepto, de las reclamaciones hechas durante el ejercicio que se reporta (reclamaciones de primera vez). En caso de que no exista o no aplique, este campo se reportará en cero, por ejemplo, en los planes indemnizatorios y básicos estandarizados.

**23. Monto de coaseguro (convenido):** Se reportará la cantidad (con dos decimales) 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, por ejemplo, en los planes indemnizatorios y básicos estandarizados.

**24. Año póliza:** Se identificará cada registro con el número de años de antigüedad que la póliza tenía al momento de ocurrir el siniestro, debido a que hay siniestros que ocurrieron en ejercicios anteriores al que se reporta, cuyas pólizas pueden o no estar en vigor. Este valor se reportará en números enteros. Dicho número deberá guardar consistencia con el archivo actual y futuro de emisión.

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

**26. Tipo de movimiento de la reclamación**: Se identificará mediante los valores **I** = Inicial y **C** = Complemento. 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.