

Gaceta Parlamentaria

Año XXIX

Palacio Legislativo de San Lázaro, martes 9 de diciembre de 2025

Número 6935-II-5-1

CONTENIDO

Iniciativas

Que reforma y adiciona los artículos 200, 232 y 235 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, a cargo del diputado Yerico Abramo Masso, del Grupo Parlamentario del PRI

Anexo II-5-1

Martes 9 de diciembre



Yericó Abramo Masso Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"
2025 Año de la Mujer Indígena

El que suscribe, Yericó Abramo Masso, Diputado Federal, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional de la LXVI Legislatura del Honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 71, fracción II y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 6, numeral 1, fracción I; 76, numeral 1, fracción II; 77, numeral 1, y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, someto a consideración de esta Soberanía la presente Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, al tenor de la siguiente.

Exposición de Motivos

Según la Comisión Federal de Competencia Económica (COFECE), los Seguros de Gastos Médicos, en adelante SGM, son instrumentos financieros que permiten trasladar resultados económicos negativos ocasionados por daños o riesgos a la salud, de manera que la pérdida económica que enfrenta un individuo se comparta entre un grupo de personas que resisten dichos daños o riesgos de forma colectiva.

En un estudio realizado por la COFECE sobre competencia y libre concurrencia en seguros de gastos médicos, arroja la siguiente información:¹

- 13 millones de personas en nuestro país están cubiertas por SGM, es decir que el 10% de las y los mexicanos tienen un seguro de gastos médicos.
- El mercado de SGM se caracteriza por tener pocos competidores de gran tamaño.
- Las cuatro aseguradoras más grandes concentran 75% de las primas de SGM. Esta concentración en pocos competidores se observa tanto en los seguros individuales como en los colectivos.
- La dispersión de las primas o precios de las pólizas entre aseguradoras es alta, incluso en el seguro básico estandarizado, que es un producto homogéneo. Ello es indicio de que el mercado no funciona adecuadamente, puesto que la teoría

¹ <https://www.cofece.mx/wp-content/uploads/2022/12/Estudio-Seguro-de-Gastos-Medicos.pdf>

Yericó Abramo Masso

Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

microeconómica predice que en un mercado con competencia perfecta y bienes homogéneos no puede haber discriminación de precios.

- Las primas de las pólizas de SGM tienen una tendencia al alza, lo que está directamente relacionado con el aumento en los costos que experimentan las aseguradoras que se deben, en mayor medida, a los siniestros que pagan a los hospitales.
- Los grandes grupos hospitalarios, que tienen los hospitales de mayor tamaño, son fundamentales en la prestación de servicios para las personas aseguradas. Aunque muchos hospitales pequeños participan en el mercado, en general no disponen de los especialistas y la infraestructura necesarios para atender enfermedades y emergencias complejas y costosas. Los hospitales necesitan estar certificados por el CSG para que las aseguradoras efectúen el pago directo del siniestro.
- En la Ciudad de México, Jalisco, Nuevo León y el Estado de México se concentran 79% de los hospitales con más de 100 camas y 70% de los pagos de las aseguradoras. Los precios de los servicios hospitalarios son significativamente más altos en estas entidades, incluso en padecimientos comunes cuya atención debería ser estándar. Esto podría ser indicio de que las aseguradoras tienen poco poder de negociación en relación con los hospitales más grandes.
- Los costos de cambiar de aseguradora provocan que muchas personas queden atadas a su primera elección de aseguradora (lock-in). Los consumidores que ya tienen un seguro no pueden moverse hacia aseguradoras con planes más atractivos en precios o calidad, lo que daña la competencia.
- Las aseguradoras no están obligadas a reconocer la antigüedad de los clientes que provienen de otras aseguradoras, por lo que los consumidores prefieren mantenerse con la misma aseguradora. Además, las aseguradoras no cubren los padecimientos preexistentes y los períodos de espera para la atención de algunos vuelven a comenzar desde cero. Finalmente, en algunos casos los asegurados pagan penalizaciones por cancelaciones anticipadas, incluso cuando no utilizan la póliza.

Yericó Abramo Masso **Diputado Federal**

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

- Los SGM son productos complejos en los que los consumidores tienen dificultades para valorar correctamente su relación calidad-precio. De acuerdo con la ENIF (2018), 20% de los usuarios mexicanos no conocía el costo de la prima del SGM que adquirieron. Ello conduce a que los mercados no funcionen adecuadamente, ya que las aseguradoras no tienen los suficientes incentivos para ofrecer productos con una adecuada relación calidad-precio.
- El factor fundamental que explica la demanda de seguros es la aversión al riesgo del asegurado de sufrir una pérdida financiera a consecuencia de un siniestro. Ello implica que el seguro no cubre el riesgo del siniestro en sí mismo —una enfermedad en este caso— sino la pérdida de riqueza derivada de los costos que supone la restauración de la salud o su tratamiento.

Este estudio en particular revela varios temas como es el tamaño del segmento del mercado de los SGM, además de la concentración en las ciudades más grandes de nuestro país, las consecuencias de cambiarse de aseguradora, y lo complejo de los productos que se ofrecen en este mercado, así como la dificultad para el entendimiento del contenido de los contratos y sus definiciones.

Sobre el segmento del mercado del cual la COFECE a la cual se refiere como de 13 millones de personas en México, hay que mencionar también lo que la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) afirma que el número de personas protegidas con un seguro de gastos médicos aumentó 50% en la última década.

La Secretaría de Hacienda y Crédito en su "Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas"² informó que para 2022, el Mercado de Seguros y Fianzas estaba conformado por 113 instituciones, 103 instituciones de Seguros y 10 instituciones de Fianzas. 12 instituciones tenían autorización para operar de forma exclusiva Vida, 65 contaban con autorización para operar seguros de No Vida y 36 podían operar de forma combinada seguros de Vida y No Vida. 37 instituciones son especializadas:

- 11 Instituciones especializadas en Salud.
- 10 Instituciones de Fianzas.

² https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/839207/ANUARIO_ESTAD_STICO_DE_SEGUROS_Y_FIANZAS_2022_VF.pdf

Yericó Abramo Masso **Diputado Federal**

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

- 7 Instituciones especializadas en Seguros de Caución.
- 6 Instituciones especializadas en Seguros de Pensiones derivados de las Leyes de Seguridad Social.
- 2 Instituciones especializadas en Crédito a la vivienda.
- 1 Institución especializada en Garantía Financiera.

La revista Expansión señaló en un artículo donde cita a la consultora internacional WTW que los servicios médicos se mantendrán altos en 2025, con una inflación global promedio de 10.4% a nivel global y de 14.9% para México, mientras se espera que la inflación médica cierre 2024 en un nivel de 13.3% en México, reveló la encuesta de Tenencias Médicas Globales 2024 de Willis Towers Watson (WTW).³

Este factor impacta directamente en el precio de los seguros y las primas de los mismos, afectando directamente a las y los usuarios de los SGM, tan solo en redes sociales se pueden identificar miles de denuncias por incrementos injustificados tanto de estos productos.

El gasto de bolsillo en salud en México es mayor que en cualquier región o país del mundo, 2018 (Porcentaje del gasto total en salud) EE.UU. 11% Unión Europea 20% Asia 22% América Latina 30% mientras que en México representó el 41%.

Las cifras al primer semestre del año 2024 de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) indican que la cantidad de "unidades aseguradas" (personas) en este producto financiero creció 15.8 por ciento.

De acuerdo con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), de enero a julio de 2024 las acciones de defensa iniciadas contra aseguradoras en el producto de seguros de gastos médicos mayores llegaron a 3,268, cantidad 8.4% mayor que lo reportado en los mismos meses del 2023.

³ <https://expansion.mx/economia/2024/11/29/atencion-medica-seguira-siendo-lujo-para-mexicanos-2025>

Yericó Abramo Masso Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"
2025 Año de la Mujer Indígena

Las principales quejas contra los seguros de gastos médicos mayores son negativas en el pago de la indemnización, inconformidad con el tiempo para el pago y también inconformidad por el monto que se les pagó.⁴

Esta cantidad representa 466 denuncias mensuales, además de que hay una cantidad de personas que no denuncian por que los momentos personales y familiares por los que atraviesan por algún suceso de salud delicado o incluso por el fallecimiento del familiar, además de que esta cifra negra o de no víctimas que no denuncian se ve engrosada por quienes tienen alguna fobia a los trámites burocráticos.

El economista reporta en su publicación miércoles 21 de agosto de 2024⁵, especifica que en la página de la Condusef está la plataforma Revisa, Compara y Decide, donde cualquier persona que desee conocer los precios de los seguros de gastos médicos mayores puede hacer un ejercicio de comparación para descubrir ese dato.

La publicación da el siguiente ejemplo, para una mujer de 30 años un seguro de gastos médicos puede costarle desde 10,700 hasta 23,000 pesos y si tiene 40 años, el precio ronda entre 16,700 hasta 32,400 pesos.

La diferencia en el precio tiene que ver con las coberturas que se contratan y también con que a mayor edad mayores son los riesgos de enfrentar enfermedades graves.

A su vez, para un hombre de 30 años el seguro tiene un costo de 10,000 pesos a 18,700 pesos y si su edad es de 40 años el precio rondará entre 15,300 y 24,700, según el simulador de seguros de gastos médicos mayores dentro de Revisa, Compara y Decide de la Condusef.

Esta situación se agrava con la edad pues a las personas mayores de 60 años comienzan a vivir una serie de incrementos que reportan crecimientos de más del 100% anual aun sin haber sufrido alguna siniestralidad, es decir, sin haber usado su seguro de gastos médicos mayores.

⁴ <https://www.eleconomista.com.mx/finanzaspersonales/Se-compran-mas-seguros-de-gastos-medicos-que-debes-revisar-de-este-producto-20240821-0107.html>

Yericó Abramo Masso **Diputado Federal**

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

Otro de los temas que agravan esta situación es que los usuarios y sus familiares reportan que al momento de tramitar su alta en los hospitales que pertenecen a la red de seguros, surgen pagos que no están incluidos en los contratos y de los cuales no se habían percatado, tales como medicamentos, material de curación, incluso botellas de agua a precios exorbitantes, las denuncias que he recibido en mis redes sociales y correo electrónico, así como en diferentes medios de comunicación, de los cuales hay documentación de sobra, es que existen cobros por pastillas de hasta 20 veces su valor comercial, solo por mencionar alguno de estos excesos, hay quien afirma que una toalla sanitaria fue vendida en 350 pesos.

En este tema el diario "La Jornada" del 8 de marzo de 2024 narra lo siguiente: "Un paracetamol llega a costar hasta 30 veces más en un hospital privado que en la farmacia de la esquina, y a un paciente con seguro de gastos médicos se le prescriben tres o cuatro fármacos, cuando sólo el antibiótico es indispensable, entre otras situaciones"⁶

En este mismo sentido, una de las quejas más frecuentes es que los hospitales de la red de seguros están especificados en los contratos, a mayor prestigio de los hospitales a los que se tiene accesos con una determinada póliza, mayor es el costo de la misma, sin embargo, los tabuladores de los doctores de la red de seguros es más baja que el valor comercial promedio, lo que provoca que cuando se requiere de algún especialista que no pertenezca a la red de seguros, el tabulador quede corto para el pago de sus honorarios, por lo que el usuario deberá pagar de manera externa al doctor.

Así pues, resulta que, aunque tengas un seguro de gastos médicos mayores, terminarás pagando por medicinas, material de curación, cirujanos, especialistas, anestesiólogos, además de tu deducible.

En septiembre de 2021 al participar en la conferencia mañanera realizada en el Salón Tesorería en Palacio Nacional, Sheffield Padilla señaló que existe un claro aumento en las quejas de los seguros de gastos médicos mayores, así como en los servicios que otorgan algunos hospitales privados.

⁶ <https://www.jornada.com.mx/noticia/2024/03/08/economia/aseguradoras-inflan-costos-en-clinicas-privadas-8554>

Yericó Abramo Masso **Diputado Federal**

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

Detalló que entre las aseguradoras con más quejas se encuentran Metlife, Quálitas y Grupo Nacional Provincial; mientras que en los hospitales se encuentran Star Médica, Hospitales Ángeles, Hospitales Médica Sur, Centro Hospitalario Universidad y Centro Médico del Noreste.

Este tipo de seguros se encuentra regulado por la fracción VI. del artículo 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas⁷ que establece que:

En el caso de las Instituciones de Seguros que operen el ramo de salud, deberán:

- a) *Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los quince días hábiles siguientes, de los cambios en la red de servicios médicos e infraestructura hospitalaria ofrecidos por la Institución de Seguros, los cuales deberán mantenerse de tal forma que sean suficientes para cumplir los contratos suscritos, y*
- b) *Ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la Institución de Seguros, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la propia Institución de Seguros y el costo de servicio que le preste el médico conforme a lo pactado.*

Consideramos que ante la problemática detectada es necesario realizar algunas modificaciones y adiciones a la legislación vigente, por lo que se propone modificar la fracción VI y adicionar los incisos c, d, e, f, g, h, i y j a esta fracción del artículo 200 de la ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Para una mejor identificación de la propuesta se presenta el siguiente cuadro comparativo.

⁷ [7 https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISF.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISF.pdf)

Yericó Abramo Masso

Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"
2025 Año de la Mujer Indígena

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

DICE	DEBE DE DECIR
<p>ARTÍCULO 200.- Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:</p> <p>I. Ofrecer y celebrar contratos en relación a las operaciones autorizadas, en términos de las disposiciones legales aplicables y conforme a las sanas prácticas en materia de seguros, con el propósito de lograr una adecuada selección de los riesgos que se asuman.</p> <p>II. ... a III. ...</p> <p>IV. Indicar de manera clara y precisa en la documentación contractual de las operaciones de seguros y la relacionada con éstas, el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad que se establezca en las</p>	<p>ARTÍCULO 200.- Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:</p> <p>I. Ofrecer y celebrar contratos en relación a las operaciones autorizadas, en términos de las disposiciones legales aplicables y conforme a las sanas prácticas en materia de seguros, con el propósito de lograr una adecuada selección de los riesgos que se asuman y coadyuvar a la viabilidad financiera inter temporal de aquellos planes de seguros que brinden protección de riesgos sobre la vida o la salud de las personas, y cuya prima tienda a incrementarse en función de la edad, alcanzando valores que, por su costo, puedan hacer inviable financieramente para el asegurado, la renovación o continuación del contrato de seguro;</p> <p>II. ... a III. ...</p> <p>IV. Indicar de manera clara y precisa en la documentación contractual de las operaciones de seguros y la relacionada con éstas, el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles, proyecciones, estados de cuenta y cualquier otra</p>

Yericó Abramo Masso Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

<p>coberturas o planes que ofrezca la Institución de Seguros, así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios. De igual manera, se deberá procurar claridad y precisión en la comunicación individual o colectiva que por cualquier medio realicen las Instituciones de Seguros con sus asegurados, contratantes y beneficiarios o con el público en general;</p> <p>V.</p> <p>VI. En el caso de las Instituciones de Seguros que operen el ramo de salud, deberán:</p>	<p>modalidad que se establezca en las coberturas o planes que ofrezca la Institución de Seguros, así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios, así como la información que sea necesaria para que el asegurado conozca y tenga claridad sobre la forma y elementos determinantes en el cálculo de su prima actual y, en el caso de seguros de salud y gastos médicos, el comportamiento de sus probables primas futuras en los casos en que éstas guarden relación con la edad y el costo del riesgo sea creciente conforme a dicha edad. De igual manera, se deberá procurar claridad y precisión en la comunicación individual o colectiva que por cualquier medio realicen las Instituciones de Seguros con sus asegurados, contratantes y beneficiarios o con el público en general. Lo anterior en los términos de las disposiciones de carácter general que, para tales efectos, emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.</p> <p>V.</p> <p>VI. En el caso de las Instituciones de Seguros que operen el ramo de salud, y de gastos médicos, éstas deberán:</p>
---	--

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"
2025 Año de la Mujer Indígena

<p>a) ... a b) ...</p> <p>Sin correlativo.</p>	<p>a) ... a b) ...</p> <p>c) Dar a conocer a los asegurados o contratantes, por algún medio digital convenido por las partes, la red de servicios médicos, entendida como las entidades, clínicas, hospitales, doctoras y doctores a los que tiene derecho en el contrato de seguro de que se trate, así como los tabuladores de costos de servicios y consultas médicas, a los que, en su caso, se sujetará la cobertura del seguro, cuando se trate de servicios, procedimientos médicos, y consultas de doctoras y doctores que no pertenezcan a la red prevista en el contrato;</p> <p>d) Especificar, de manera descriptiva, en la documentación contractual, los criterios con los que se realizarán, en su caso, los ajustes de las primas, deducibles y coaseguros en cada renovación. Lo anterior con independencia de que dichos criterios deben quedar indicados en las notas técnicas de los productos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.</p>
--	--

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

Sin correlativo.	<p>e) En el caso de seguros de salud o gastos médicos que consistan en cubrir al asegurado los gastos que éstos realicen derivados de padecimientos de salud y la prima esté basada en el costo estimado de estos padecimientos, conforme a la edad del asegurado y, derivado de ello, las primas tengan incrementos a cada año debido a la actualización de parámetros y la inflación asociada a los servicios médicos, se deberá cumplir con lo siguiente:</p> <p>Para todos los efectos de esta disposición se entenderá por:</p> <ul style="list-style-type: none">• Esquema de Primas Subnivelada: esquema que consiste en incluir una sobreprima o Prima de Ajuste, con la cual la institución de seguros creará un Fondo Compensatorio.• Fondo Compensatorio: fondo creado por las Primas de Ajuste que junto con los intereses que genere el propio fondo, servirá para que, tratándose de los asegurados mayores de 59 años de edad, sirva para hacer frente a los incrementos en exceso de la prima natural a los límites establecidos en el numeral 6 de este inciso.
------------------	---

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"
2025 Año de la Mujer Indígena

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Prima Acotada: será la prima máxima que a cobrar al asegurado o contratante, conforme a las limitantes a la prima natural establecidas en el numeral 6 de la presente fracción.• Prima de Ajuste: será el monto a enterar al fondo compensatorio calculado como el menor porcentaje posible de la prima acotada, determinada a la edad de inicio de adopción del esquema de primas subniveladas, de cada una de las edades futuras del asegurado, de manera que el fondo compensatorio no tenga saldos inferiores a cero. Cuando la prima de ajuste, aplicando el porcentaje inicial, en una edad determinada sea superior a la diferencia a cubrir de ese año, la prima de ajuste será igual al monto faltante para cubrir dicha diferencia, esto último siempre que el incremento de la prima natural sea superior al incremento máximo permitido.• Prima Natural: será la prima que corresponde al costo del seguro sin que se le aplique ninguna restricción.• Prima Subnivelada: será la suma de la prima acotada más la prima de ajuste. |
|--|---|

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

- 1. Los contratos de seguros, salvo las causales de cancelación del plan previstas en el contrato o en Leyes en la materia, deberán ser de renovación obligatoria por parte de la aseguradora, la cual deberá poner a disposición del asegurado o contratante, la renovación del plan previamente contratado, o de un plan distinto conforme al cambio de plan previsto en el inciso h) de la presente fracción VI.**
- 2. Los contratos de seguros deberán adoptar un esquema de primas subniveladas, opcional para el asegurado, que incluya una Prima de Ajuste, con la cual la institución de seguros creará un Fondo Compensatorio que servirá para limitar los incrementos de primas naturales de acuerdo a los límites establecidos en el numeral 6 de este inciso.**
- 3. El fondo constituido conforme a lo previsto en el numeral 2 deberá considerarse reserva de riesgos en curso.**
- 4. La prima subnivelada deberá determinarse actuarialmente considerando el fondo compensatorio como un valor cierto cuyo saldo**

Yericó Abramo Masso Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

pertenecerá en todo momento al asegurado o a sus beneficiarios, y que, el contratante o asegurado (quien tenga derecho), podrá rescatar en cualquier momento, sin que dicho rescate tenga un costo para el asegurado.

En caso de que el asegurado resalte su fondo, deberá ser advertido de que, a partir de entonces se le aplicará la prima natural con los incrementos sin acotaciones.

Será responsabilidad de la compañía aseguradora la suficiencia del fondo compensatorio para cubrir las diferencias que surjan entre la prima natural y la prima acotada con la salvedad mencionada en el inciso f de la presente fracción.

5. La prima natural del plan contratado o la prima del plan al que se hubiese cambiado el asegurado conforme a lo indicado en el inciso h), deberá calcularse de forma tal que, a partir de que el asegurado cumpla 60 años de edad:

i) El costo de adquisición incluido en la prima, que incluyen las comisiones al agente o intermediario, no deberá ser superior al 15% de la prima, en el caso de personas mayores

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

a 60 años y menores a 70 años, ni mayor al 10% en el caso de asegurados de 70 años y menores a 80, ni mayor al 5% en el caso de asegurados de 80 años o más.

ii) El margen de utilidad, a partir de edad 60, no podrá ser superior al 5% de la prima.

iii) El gasto de administración, a partir de edad 60, no deberá ser mayor al 10% de la prima.

6. El incremento neto de la prima acotada, a partir de que el asegurado cumpla 60 años de edad de aquellos que hayan optado por contratar o continuar su seguro bajo el esquema de prima subnivela, considerando los efectos de lo indicado en los incisos i), ii) y iii) del numeral anterior y en concordancia con las primas probables futuras determinadas de acuerdo con la fracción IV del presente artículo, en ningún caso podrá ser superior a la inflación general observada en el año inmediato anterior más 5 puntos porcentuales.

7. Cuando un asegurado, por su propia decisión y limitaciones económicas, no pueda acogerse al esquema de prima subnivela, podrá renunciar al mismo dejando

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

constancia firmada de ello, en cuyo caso continuará con el esquema del plan que trae contratado, sin que ello limite su derecho al cambio de plan que en su momento quiera realizar, en términos de lo indicado en el inciso h) de la presente fracción VI.

8. Las porciones de la prima de ajuste que incrementen el saldo del fondo compensatorio no serán sujetas a ningún tipo de cargo antes de la edad 60, ni tampoco podrán ser cedidas total o parcialmente a reaseguradores en contratos de reaseguro cedido antes de que el asegurado cumpla la edad 60.

9. La reserva de riesgo en curso que se constituya con el fondo compensatorio no deberá tener margen de riesgo ni importes recuperables de reaseguro, y su mejor estimación deberá corresponder al valor de dicho fondo más los intereses acumulados.

10. Para efectos de todo lo anterior, las Instituciones de Seguro deberán realizar y dar a conocer al asegurado, o contratante, a cada año, en un estado de cuenta el detalle respecto del fondo compensatorio, sus rendimientos y lo

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

Sin correlativo.	<p>que se ha utilizado de dicho fondo para amortizar los incrementos de las primas a partir de la edad 60.</p> <p>f) Considerando que puede haber circunstancias futuras excepcionales producidas por avances relevantes en la medicina y tecnologías médicas, que produzcan una elevación o reducción imprevista de costos de las reclamaciones, y que hagan que los supuestos y estimaciones originalmente realizados, de incrementos futuros de primas no se cumplan, las instituciones podrán solicitar una autorización para efectuar un proceso de renivelación de primas de ajuste, aportando las evidencias de que existieron factores ajenos al costo natural de las reclamaciones y a su administración del riesgo, que han influido de forma relevante en los costos de primas estimados originalmente para la subniveleración inicial. Los procedimientos y valores de la renivelación de primas, así como la valuación del impacto que ello tendrá en el fondo y en las primas, se someterán a autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos que dicha</p>
------------------	---

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

Sin correlativo.	<p>Comisión establezca mediante disposiciones de carácter general.</p> <p>g) Las Instituciones de Seguros deberán, en todos los productos que ofrezcan y que se encuentren considerados dentro de los supuestos establecido en el inciso e), revelar al asegurado, todos los costos de que está compuesta la prima natural.</p> <p>h) Con independencia de todo lo anterior, y para los tipos de seguros indicado en el inciso e) de la presente fracción VI, las Instituciones de seguro deberán poner a disposición del asegurado, al momento de cada renovación, a aquellos asegurados que tengan 60 años o más y cuya prima a pagar en la renovación, sea de más de 10,000 UDIS, la posibilidad de realizar un cambio de plan, a un plan que tenga una prima menor en al menos un 30%, a la prima que le correspondería pagar en la renovación, contemplando para ello, en el nuevo plan, ajustes en deducibles, coaseguros, menores sumas aseguradas y/o una red hospitalaria de costos de servicios menores a los que se contemplan en el plan que se trae contratado, para lo cual, las Instituciones de seguro deberán informar al asegurado</p>

Yericó Abramo Masso

Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

claramente las implicaciones del cambio de plan, en cuanto a sumas asegurada, deducibles, coaseguros y red de hospitales que correspondan al nuevo plan. Asimismo, cuando un asegurado solicite un cambio de plan, las instituciones de seguros deberán informarle la diferencia de primas que dicho plan tiene en ese momento, respecto del que tiene contratado, tanto de la prima que corresponde a su edad, en el momento, como de las primas que corresponden a edades futuras, sin que ello signifique que esas primas futuras serán las primas que pagará el asegurado.

El incremento en los deducibles, podrá realizarse sin que el monto de dichos deducibles sea superior a los 18,000 UDIS, al momento de la contratación, salvo que se convenga algo mayor por solicitud del asegurado. Asimismo, la suma asegurada a ofrecer al asegurado en el nuevo plan, no podrá ser inferior a los 600,000 UDIS, salvo que así se convenga a solicitud del propio asegurado.

Para efecto de dar cumplimiento a lo anterior, las Instituciones de seguro deberán elaborar y mantener registrados, ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para cada uno

Yericó Abramo Masso Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

de los tipos de seguros de gastos médicos que se encuentren comercializando, al menos dos planes que ofrecerán a sus asegurados para el cambio de plan, a los cuales un asegurado puede cambiarse.

Las instituciones deberán tener y poner a disposición del asegurado, la información necesaria respecto del cambio de plan, con al menos 15 días previos a la fecha en que deba efectuarse la renovación, y ofrecerán al asegurado los medios necesarios para que su decisión de cambios de plan y la respectiva contratación sea de forma inmediata y simplificada.

Los agentes de seguro deberán coadyuvar a que el asegurado, previo a su renovación, en cada renovación, tenga la información respecto de las posibilidades del cambio de plan, así como las implicaciones que ello tendría sobre primas, deducibles, coaseguros, suma asegurada, red de hospitalaria y de servicio médicos.

En los casos en que un asegurado, en términos de lo indicado anteriormente, ya haya contratado un cambio de plan, la institución podrá dejar de ofrecerle otros cambios de plan en el futuro,

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"
2025 Año de la Mujer Indígena

Sin correlativo.	<p>salvo que así lo convenga voluntariamente con el asegurado.</p> <p>i) En aquellos seguros de salud o gastos médicos, en los que la continuidad del pago de reclamaciones proveniente de padecimientos ya ocurridos, se sujeten a la obligación de renovación de la póliza, entendiendo que el asegurado debe tener en todo momento el derecho a dicha renovación, y por lo tanto, el asegurado tenga la necesidad y obligación de la renovación para continuar con la cobertura de reclamaciones derivadas de un padecimiento previamente ocurrido, y se declare la revocación del ramo de la institución aseguradora, y en ocasión a ello los asegurados se vean impedidos a realizar a la renovación de su contrato de seguro, aquellos asegurados que tengan reclamaciones en curso de pago por padecimientos ya ocurridos, tendrán derecho al pago de una indemnización al momento de la liquidación, y dicha indemnización se calculará como la diferencia entre el costo estimado, a valor presente, de las reclamaciones futuras derivado del citado padecimiento y el costo estimado a valor presente de las primas naturales futuras no niveladas,</p>
------------------	--

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

Sin correlativo.	<p>netas del costo de adquisición, que hubiese tenido que pagar el asegurado durante el periodo estimado de duración del padecimiento. Con independencia de lo anterior, en ocasión a la referida revocación, el asegurado o sus beneficiarios, tendrán derecho al fondo que, en su caso, el asegurado hubiese constituido para compensar el incremento de sus primas futuras.</p> <p>j) En los seguros de salud o gastos médicos colectivos, en donde la contratación de dichos seguros se haga por el empleador o alguna otra entidad o persona, y los asegurados se encuentren amparados como miembros de la colectividad, generándose la circunstancia de que su salida de la colectividad producirá su salida o baja del seguro colectivo, las instituciones deberán brindar al asegurado, en el momento de ingreso a la colectividad, la posibilidad de contratar el beneficio de continuación en un seguro individual en caso de que el asegurado deje de pertenecer a la colectividad, o en caso de que el seguro sea cancelado por el empleador o entidad que contrata el seguro colectivo. La contratación del beneficio de continuación podrá</p>
------------------	--

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

Sin correlativo.	<p>hacerse de manera independiente al seguro colectivo y el asegurado podrá optar por no contratar este beneficio, dejando para ello constancia expresa de su decisión de no contratarlo. Los agentes deberán coadyuvar a facilitar la contratación del beneficio de continuación y explicar al asegurado, las implicaciones de no contratarlo.</p> <p>k) Con el objeto de brindar transparencia, tanto a los asegurados, como a las autoridades y público en general, las instituciones de seguro, que operen los seguros de gastos médicos y salud a que se refiere el inciso e) de la presente fracción VI, deberán reportar a la Comisión, en la forma y términos que la misma determine, por cada tipo de plan, la información relacionada con el número de expuestos, número de reclamaciones, y monto de las reclamaciones, de manera que con base en dicha información se pueden dar a conocer, a cada año, los índices de frecuencia y costo promedio de reclamaciones por edad y sexo, para el mercado de seguros de salud y gastos médicos.</p> <p>l) Con la finalidad de generar esquemas de ahorro y mutualización de riesgo, en los seguros de salud y</p>
------------------	--

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

<p>Sin correlativo.</p>	<p>gastos médicos mayores, las instituciones de seguros podrán crear colectividades de personas aseguradas de edad 60 o más y brindar aseguramiento conjunto a la mutualidad de asegurados bajo una misma modalidad y coberturas de seguro, a la que puedan adherirse los asegurados bajo una modalidad de contratación de seguro directo, sin que en tales casos la prima incluya costos de adquisición.</p>
<p>ARTÍCULO 232.- Sin perjuicio de mantener los activos e inversiones suficientes para la cobertura de la Base de Inversión, así como el capital mínimo pagado previstos en esta Ley, las Instituciones deberán mantener los Fondos Propios Admisibles necesarios para respaldar un requerimiento de capital de solvencia, cuyo propósito será:</p> <p>I. ... a III. ...</p> <p>IV. La determinación de los supuestos y de los recursos patrimoniales que las Instituciones deberán mantener con el propósito de hacer frente a situaciones de</p>	<p>ARTÍCULO 232.- Sin perjuicio de mantener los activos e inversiones suficientes para la cobertura de la Base de Inversión, así como el capital mínimo pagado previstos en esta Ley, las Instituciones deberán mantener los Fondos Propios Admisibles necesarios para respaldar un requerimiento de capital de solvencia, cuyo propósito será:</p> <p>I. ... a III. ...</p> <p>IV. La determinación de los supuestos y de los recursos patrimoniales que las Instituciones deberán mantener con el propósito de hacer frente a situaciones de</p>

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

<p>carácter excepcional que pongan en riesgo su solvencia o estabilidad, derivadas tanto de la operación particular de las Instituciones como de condiciones de mercado.</p>	<p>carácter excepcional que pongan en riesgo su solvencia o estabilidad, derivadas tanto de la operación particular de las Instituciones como de condiciones de mercado.</p> <p>Particularmente, en el caso de seguros de salud o gatos médicos mayores, se considerará situación excepcional, para la cual, las instituciones de seguro deberán contar con los fondos propios admisibles suficientes para respaldar el costo de la misma, la indemnización de aquellos asegurados con siniestros en curso de pago, en caso de que la institución caiga en insolvencia o decida voluntariamente dejar de operar el ramo de salud o gatos médicos, determinándose la revocación del ramo o de la institución y, debido a ello, los asegurados no tengan la posibilidad futura de realizar la renovación de sus contratos y continuar con la cobertura de sus tratamientos.</p>
<p>ARTÍCULO 235.- El cálculo del requerimiento de capital de solvencia de las Instituciones considerará lo siguiente:</p> <p>I. ... a III. ...</p> <p>IV. ...</p>	<p>ARTÍCULO 235.- El cálculo del requerimiento de capital de solvencia de las Instituciones considerará lo siguiente:</p> <p>I. ... a III. ...</p> <p>IV. ...</p>

Yericó Abramo Masso Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"
2025 Año de la Mujer Indígena

a) ... a b)...	a) ... a b)... Particularmente, en el caso de seguros de salud o seguros de gastos médicos mayores, en los cuales se establezca la renovación obligatoria, como condición para la continuidad del pago de reclamaciones ya ocurridas, se deberá considerar el costo de obligaciones de indemnización a los asegurados con siniestros en curso de pago en el escenario de revocación y liquidación de operaciones;
----------------	--

En virtud de lo anteriormente expuesto, acudo a esta Tribuna para someter a la consideración de este Pleno y solicitar su respaldo a la siguiente:

Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo único. Se reforma y adiciona la fracción IV y VI del artículo 200, se adiciona un párrafo segundo al artículo 232 y un párrafo segundo al artículo 235 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Para quedar como sigue:

ARTÍCULO 200.- Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:

I. Ofrecer y celebrar contratos en relación a las operaciones autorizadas, en términos de las disposiciones legales aplicables y conforme a las sanas prácticas en materia de seguros, con el propósito de lograr una adecuada selección de los riesgos que se asuman y coadyuvar a la viabilidad financiera inter temporal de aquellos planes de seguros que brinden protección de riesgos sobre la vida o la salud de las personas, y cuya prima tienda a incrementarse en función de la edad,

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

alcanzando valores que, por su costo, puedan hacer inviable financieramente para el asegurado, la renovación o continuación del contrato de seguro;

II. ...

III ...

IV. Indicar de manera clara y precisa en la documentación contractual de las operaciones de seguros y la relacionada con éstas, el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles, proyecciones, estados de cuenta y cualquier otra modalidad que se establezca en las coberturas o planes que ofrezca la Institución de Seguros, así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios, así como la información que sea necesaria para que el asegurado conozca y tenga claridad sobre la forma y elementos determinantes en el cálculo de su prima actual y, en el caso de seguros de salud y gastos médicos, el comportamiento de sus probables primas futuras en los casos en que éstas guarden relación con la edad y el costo del riesgo sea creciente conforme a dicha edad. De igual manera, se deberá procurar claridad y precisión en la comunicación individual o colectiva que por cualquier medio realicen las Instituciones de Seguros con sus asegurados, contratantes y beneficiarios o con el público en general. Lo anterior en los términos de las disposiciones de carácter general que, para tales efectos, emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

V. ...

VI. En el caso de las Instituciones de Seguros que operen el ramo de salud, y de gastos médicos, éstas deberán:

a) ...

b) ...

c) Dar a conocer a los asegurados o contratantes, por algún medio digital convenido por las partes, la red de servicios médicos, entendida como las entidades, clínicas, hospitales, doctoras y doctores a los que tiene derecho en

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

el contrato de seguro de que se trate, así como los tabuladores de costos de servicios y consultas médicas, a los que, en su caso, se sujetará la cobertura del seguro, cuando se trate de servicios, procedimientos médicos, y consultas de doctoras y doctores que no pertenezcan a la red prevista en el contrato;

d) Especificar, de manera descriptiva, en la documentación contractual, los criterios con los que se realizarán, en su caso, los ajustes de las primas, deducibles y coaseguros en cada renovación. Lo anterior con independencia de que dichos criterios deben quedar indicados en las notas técnicas de los productos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

e) En el caso de seguros de salud o gastos médicos que consistan en cubrir al asegurado los gastos que éstos realicen derivados de padecimientos de salud y la prima esté basada en el costo estimado de estos padecimientos, conforme a la edad del asegurado y, derivado de ello, las primas tengan incrementos a cada año debido a la actualización de parámetros y la inflación asociada a los servicios médicos, se deberá cumplir con lo siguiente:

Para todos los efectos de esta disposición se entenderá por:

- **Esquema de Primas Subnivelada:** esquema que consiste en incluir una sobreprima o Prima de Ajuste, con la cual la institución de seguros creará un Fondo Compensatorio.
- **Fondo Compensatorio:** fondo creado por las Primas de Ajuste que junto con los intereses que genere el propio fondo, servirá para que, tratándose de los asegurados mayores de 59 años de edad, sirva para hacer frente a los incrementos en exceso de la prima natural a los límites establecidos en el numeral 6 de este inciso.
- **Prima Acotada:** será la prima máxima que a cobrar al asegurado o contratante, conforme a las limitantes a la prima natural establecidas en el numeral 6 de la presente fracción.
- **Prima de Ajuste:** será el monto a enterar al fondo compensatorio calculado como el menor porcentaje posible de la prima acotada, determinada a la edad de inicio de adopción del esquema de primas subniveladas, de cada

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"
2025 Año de la Mujer Indígena

una de las edades futuras del asegurado, de manera que el fondo compensatorio no tenga saldos inferiores a cero. Cuando la prima de ajuste, aplicando el porcentaje inicial, en una edad determinada sea superior a la diferencia a cubrir de ese año, la prima de ajuste será igual al monto faltante para cubrir dicha diferencia, esto último siempre que el incremento de la prima natural sea superior al incremento máximo permitido.

- **Prima Natural:** será la prima que corresponde al costo del seguro sin que se le aplique ninguna restricción.
- **Prima Subnivelada:** será la suma de la prima acotada más la prima de ajuste.

1. Los contratos de seguros, salvo las causales de cancelación del plan previstas en el contrato o en Leyes en la materia, deberán ser de renovación obligatoria por parte de la aseguradora, la cual deberá poner a disposición del asegurado o contratante, la renovación del plan previamente contratado, o de un plan distinto conforme al cambio de plan previsto en el inciso h) de la presente fracción VI.

2. Los contratos de seguros deberán adoptar un esquema de primas subniveladas, opcional para el asegurado, que incluya una Prima de Ajuste, con la cual la institución de seguros creará un Fondo Compensatorio que servirá para limitar los incrementos de primas naturales de acuerdo a los límites establecidos en el numeral 6 de este inciso.

3. El fondo constituido conforme a lo previsto en el numeral 2 deberá considerarse reserva de riesgos en curso.

4. La prima subnivelada deberá determinarse actuarialmente considerando el fondo compensatorio como un valor cierto cuyo saldo pertenecerá en todo momento al asegurado o a sus beneficiarios, y que, el contratante o asegurado (quien tenga derecho), podrá rescatar en cualquier momento, sin que dicho rescate tenga un costo para el asegurado.

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

En caso de que el asegurado resalte su fondo, deberá ser advertido de que, a partir de entonces se le aplicará la prima natural con los incrementos sin acotaciones.

Será responsabilidad de la compañía aseguradora la suficiencia del fondo compensatorio para cubrir las diferencias que surjan entre la prima natural y la prima acotada con la salvedad mencionada en el inciso f de la presente fracción.

5. La prima natural del plan contratado o la prima del plan al que se hubiese cambiado el asegurado conforme a lo indicado en el inciso h), deberá calcularse de forma tal que, a partir de que el asegurado cumpla 60 años de edad:

i) **El costo de adquisición incluido en la prima, que incluyen las comisiones al agente o intermediario, no deberá ser superior al 15% de la prima, en el caso de personas mayores a 60 años y menores a 70 años, ni mayor al 10% en el caso de asegurados de 70 años y menores a 80, ni mayor al 5% en el caso de asegurados de 80 años o más.**

ii) **El margen de utilidad, a partir de edad 60, no podrá ser superior al 5% de la prima.**

iii) **El gasto de administración, a partir de edad 60, no deberá ser mayor al 10% de la prima.**

6. El incremento neto de la prima acotada, a partir de que el asegurado cumpla 60 años de edad de aquellos que hayan optado por contratar o continuar su seguro bajo el esquema de prima subnivelada, considerando los efectos de lo indicado en los incisos i), ii) y iii) del numeral anterior y en concordancia con las primas probables futuras determinadas de acuerdo con la fracción IV del presente artículo, en ningún caso podrá ser superior a la inflación general observada en el año inmediato anterior más 5 puntos porcentuales.

7. Cuando un asegurado, por su propia decisión y limitaciones económicas, no pueda acogerse al esquema de prima subnivelada, podrá renunciar al mismo dejando constancia firmada de ello, en cuyo caso continuará con el esquema

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

del plan que trae contratado, sin que ello limite su derecho al cambio de plan que en su momento quiera realizar, en términos de lo indicado en el inciso h) de la presente fracción VI.

8. Las porciones de la prima de ajuste que incrementen el saldo del fondo compensatorio no serán sujetas a ningún tipo de cargo antes de la edad 60, ni tampoco podrán ser cedidas total o parcialmente a reaseguradores en contratos de reaseguro cedido antes de que el asegurado cumpla la edad 60.

9. La reserva de riesgo en curso que se constituya con el fondo compensatorio no deberá tener margen de riesgo ni importes recuperables de reaseguro, y su mejor estimación deberá corresponder al valor de dicho fondo más los intereses acumulados.

10. Para efectos de todo lo anterior, las Instituciones de Seguro deberán realizar y dar a conocer al asegurado, o contratante, a cada año, en un estado de cuenta el detalle respecto del fondo compensatorio, sus rendimientos y lo que se ha utilizado de dicho fondo para amortizar los incrementos de las primas a partir de la edad 60.

f) Considerando que puede haber circunstancias futuras excepcionales producidas por avances relevantes en la medicina y tecnologías médicas, que produzcan una elevación o reducción imprevista de costos de las reclamaciones, y que hagan que los supuestos y estimaciones originalmente realizados, de incrementos futuros de primas no se cumplan, las instituciones podrán solicitar una autorización para efectuar un proceso de renivelación de primas de ajuste, aportando las evidencias de que existieron factores ajenos al costo natural de las reclamaciones y a su administración del riesgo, que han influido de forma relevante en los costos de primas estimados originalmente para la subniveleración inicial. Los procedimientos y valores de la renivelación de primas, así como la valuación del impacto que ello tendrá en el fondo y en las primas, se someterán a autorización de la Comisión Nacional de Seguros y

Yericó Abramo Masso
Diputado Federal

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

Fianzas en los términos que dicha Comisión establezca mediante disposiciones de carácter general.

g) Las Instituciones de Seguros deberán, en todos los productos que ofrezcan y que se encuentren considerados dentro de los supuestos establecido en el inciso e), revelar al asegurado, todos los costos de que está compuesta la prima natural.

h) Con independencia de todo lo anterior, y para los tipos de seguros indicado en el inciso e) de la presente fracción VI, las Instituciones de seguro deberán poner a disposición del asegurado, al momento de cada renovación, a aquellos asegurados que tengan 60 años o más y cuya prima a pagar en la renovación, sea de más de 10,000 UDIS, la posibilidad de realizar un cambio de plan, a un plan que tenga una prima menor en al menos un 30%, a la prima que le correspondería pagar en la renovación, contemplando para ello, en el nuevo plan, ajustes en deducibles, coaseguros, menores sumas aseguradas y/o una red hospitalaria de costos de servicios menores a los que se contemplan en el plan que se trae contratado, para lo cual, las Instituciones de seguro deberán informar al asegurado claramente las implicaciones del cambio de plan, en cuanto a sumas asegurada, deducibles, coaseguros y red de hospitales que correspondan al nuevo plan. Asimismo, cuando un asegurado solicite un cambio de plan, las instituciones de seguros deberán informarle la diferencia de primas que dicho plan tiene en ese momento, respecto del que tiene contratado, tanto de la prima que corresponde a su edad, en el momento, como de las primas que corresponden a edades futuras, sin que ello signifique que esas primas futuras serán las primas que pagará el asegurado.

El incremento en los deducibles, podrá realizarse sin que el monto de dichos deducibles sea superior a los 18,000 UDIS, al momento de la contratación, salvo que se convenga algo mayor por solicitud del asegurado. Asimismo, la suma asegurada a ofrecer al asegurado en el nuevo plan, no podrá ser inferior a los 600,000 UDIS, salvo que así se convenga a solicitud del propio asegurado.

Para efecto de dar cumplimiento a lo anterior, las Instituciones de seguro deberán elaborar y mantener registrados, ante la Comisión Nacional de Seguros

y Fianzas, para cada uno de los tipos de seguros de gastos médicos que se encuentren comercializando, al menos dos planes que ofrecerán a sus asegurados para el cambio de plan, a los cuales un asegurado puede cambiarse.

Las instituciones deberán tener y poner a disposición del asegurado, la información necesaria respecto del cambio de plan, con al menos 15 días previos a la fecha en que deba efectuarse la renovación, y ofrecerán al asegurado los medios necesarios para que su decisión de cambios de plan y la respectiva contratación sea de forma inmediata y simplificada.

Los agentes de seguro deberán coadyuvar a que el asegurado, previo a su renovación, en cada renovación, tenga la información respecto de las posibilidades del cambio de plan, así como las implicaciones que ello tendría sobre primas, deducibles, coaseguros, suma asegurada, red de hospitalaria y de servicio médicos.

En los casos en que un asegurado, en términos de lo indicado anteriormente, ya haya contratado un cambio de plan, la institución podrá dejar de ofrecerle otros cambios de plan en el futuro, salvo que así lo convenga voluntariamente con el asegurado.

i) En aquellos seguros de salud o gastos médicos, en los que la continuidad del pago de reclamaciones proveniente de padecimientos ya ocurridos, se sujete a la obligación de renovación de la póliza, entendiendo que el asegurado debe tener en todo momento el derecho a dicha renovación, y por lo tanto, el asegurado tenga la necesidad y obligación de la renovación para continuar con la cobertura de reclamaciones derivadas de un padecimiento previamente ocurrido, y se declare la revocación del ramo de la institución aseguradora, y en ocasión a ello los asegurados se vean impedidos a realizar a la renovación de su contrato de seguro, aquellos asegurados que tengan reclamaciones en curso de pago por padecimientos ya ocurridos, tendrán derecho al pago de una indemnización al momento de la liquidación, y dicha indemnización se calculará como la diferencia entre el costo estimado, a valor presente, de las reclamaciones futuras derivado del citado padecimiento y el

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

costo estimado a valor presente de las primas naturales futuras no niveladas, netas del costo de adquisición, que hubiese tenido que pagar el asegurado durante el periodo estimado de duración del padecimiento. Con independencia de lo anterior, en ocasión a la referida revocación, el asegurado o sus beneficiarios, tendrán derecho al fondo que, en su caso, el asegurado hubiese constituido para compensar el incremento de sus primas futuras.

j) En los seguros de salud o gastos médicos colectivos, en donde la contratación de dichos seguros se haga por el empleador o alguna otra entidad o persona, y los asegurados se encuentren amparados como miembros de la colectividad, generándose la circunstancia de que su salida de la colectividad producirá su salida o baja del seguro colectivo, las instituciones deberán brindar al asegurado, en el momento de ingreso a la colectividad, la posibilidad de contratar el beneficio de continuación en un seguro individual en caso de que el asegurado deje de pertenecer a la colectividad, o en caso de que el seguro sea cancelado por el empleador o entidad que contrata el seguro colectivo. La contratación del beneficio de continuación podrá hacerse de manera independiente al seguro colectivo y el asegurado podrá optar por no contratar este beneficio, dejando para ello constancia expresa de su decisión de no contratarlo. Los agentes deberán coadyuvar a facilitar la contratación del beneficio de continuación y explicar al asegurado, las implicaciones de no contratarlo.

k) Con el objeto de brindar transparencia, tanto a los asegurados, como a las autoridades y público en general, las instituciones de seguro, que operen los seguros de gastos médicos y salud a que se refiere el inciso e) de la presente fracción VI, deberán reportar a la Comisión, en la forma y términos que la misma determine, por cada tipo de plan, la información relacionada con el número de expuestos, número de reclamaciones, y monto de las reclamaciones, de manera que con base en dicha información se pueden dar a conocer, a cada año, los índices de frecuencia y costo promedio de reclamaciones por edad y sexo, para el mercado de seguros de salud y gastos médicos.

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

I) Con la finalidad de generar esquemas de ahorro y mutualización de riesgo, en los seguros de salud y gastos médicos mayores, las instituciones de seguros podrán crear colectividades de personas aseguradas de edad 60 o más y brindar aseguramiento conjunto a la mutualidad de asegurados bajo una misma modalidad y coberturas de seguro, a la que puedan adherirse los asegurados bajo una modalidad de contratación de seguro directo, sin que en tales casos la prima incluya costos de adquisición.

ARTÍCULO 232.- Sin perjuicio de mantener los activos e inversiones suficientes para la cobertura de la Base de Inversión, así como el capital mínimo pagado previstos en esta Ley, las Instituciones deberán mantener los Fondos Propios Admisibles necesarios para respaldar un requerimiento de capital de solvencia, cuyo propósito será:

I. ... a III. ...

IV. La determinación de los supuestos y de los recursos patrimoniales que las Instituciones deberán mantener con el propósito de hacer frente a situaciones de carácter excepcional que pongan en riesgo su solvencia o estabilidad, derivadas tanto de la operación particular de las Instituciones como de condiciones de mercado.

Particularmente, en el caso de seguros de salud o gastos médicos mayores, se considerará situación excepcional, para la cual, las instituciones de seguro deberán contar con los fondos propios admisibles suficientes para respaldar el costo de la misma, la indemnización de aquellos asegurados con siniestros en curso de pago, en caso de que la institución caiga en insolvencia o decida voluntariamente dejar de operar el ramo de salud o gatos médicos, determinándose la revocación del ramo o de la institución y, debido a ello, los asegurados no tengan la posibilidad futura de realizar la renovación de sus contratos y continuar con la cobertura de sus tratamientos.

ARTÍCULO 235.- El cálculo del requerimiento de capital de solvencia de las Instituciones considerará lo siguiente:



Yericó Abramo Masso **Diputado Federal**

"LXVI Legislatura, Soberanía y Justicia Social"

2025 Año de la Mujer Indígena

I. ... a III. ...

IV. ...

a) ...

b) ...

Particularmente, en el caso de seguros de salud o seguros de gastos médicos mayores, en los cuales se establezca la renovación obligatoria, como condición para la continuidad del pago de reclamaciones ya ocurridas, se deberá considerar el costo de obligaciones de indemnización a los asegurados con siniestros en curso de pago en el escenario de revocación y liquidación de operaciones;

TRANSITORIOS

Primero: El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo: Las Instituciones de seguros deberán determinar sus primas conforme a lo establecido en las disposiciones indicadas en el presente decreto a partir de las renovaciones o contrataciones que efectúen los asegurados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.

Tercero: Las Instituciones de Seguros deberán calcular las probables primas futuras a que se refiere la fracción IV del artículo 200, en concordancia con los parámetros a las primas naturales de sus contratos vigentes a la entrada en vigor del presente Decreto.

Dado en Palacio Legislativo de San Lázaro, a los 8 días del mes de diciembre de 2025.

Atentamente

Diputado Yericó Abramo Masso

Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, LXVI Legislatura**Junta de Coordinación Política**

Diputados: Ricardo Monreal Ávila, presidente; José Elías Lixa Abimerhi, PAN; Carlos Alberto Puente Salas, PVEM; Reginaldo Sandoval Flores, PT; Rubén Ignacio Moreira Valdez, PRI; Ivonne Aracely Ortega Pacheco, MOVIMIENTO CIUDADANO.

Mesa Directiva

Diputados: Kenia López Rabadán, presidenta; vicepresidentes, Sergio Carlos Gutiérrez Luna, MORENA; Paulina Rubio Fernández, PAN; Raúl Bolaños-Cacho Cué, PVEM; secretarios, Julieta Villalpando Riquelme, MORENA; Alan Sahir Márquez Becerra, PAN; Nayeli Arlen Fernández Cruz, PVEM; Magdalena del Socorro Núñez Monreal, PT; Fuensanta Guadalupe Guerrero Esquivel, PRI; Laura Irais Ballesteros Mancilla, MOVIMIENTO CIUDADANO.

Secretaría General**Secretaría de Servicios Parlamentarios****Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados**

Director: Juan Luis Concheiro Bórquez, **Edición:** Casimiro Femat Saldívar, Ricardo Águila Sánchez, Antonio Mariscal Pioquinto.

Apoyo Documental: Dirección General de Proceso Legislativo. **Domicilio:** Avenida Congreso de la Unión, número 66, edificio E, cuarto nivel, Palacio Legislativo de San Lázaro, colonia El Parque, CP 15969. Teléfono: 5036 0000, extensión 54046. **Dirección electrónica:** <http://gaceta.diputados.gob.mx/>