

Mexico Chapter in The Insurance and Reinsurance Law Review; 11th edition

Category: Insurance and Reinsurance, Publications
written by Nader, Hayaux & Goebel | September 7, 2023

We are delighted to announce that the 11th edition of *The Insurance and Reinsurance Law Review Guide* was recently published. With the contribution of our Partners Yves Hayaux-du-Tilly and Luciano Pérez.

An overview to insurance & reinsurance laws and regulations that may occur in Mexico.

Click here to download the [Mexico The Insurance and Reinsurance Law review Guide 2023](#).

Insurance & Reinsurance Mexico Comparative Guides (Legal 500)

Category: Insurance and Reinsurance, Publications
written by Nader, Hayaux & Goebel | September 7, 2023

NHG contributed to the **Insurance & Reinsurance Mexico Comparative Guide, 2023** with an overview on the trends and regulatory developments of the insurance sector in Mexico.

Authors:

- Partner Yves Hayaux du Tilly

- Partner Luciano Pérez

[Download the Legal 500 Insurance Reinsurance 2023 PDF here.](#)

Visit the Legal500 website [here](#).

LA INDEMNIZACIÓN DE LA ASEGURADORA NO PUEDE SUJETARSE A QUE EL ASEGURADO GARANTICE QUE OPERARÁ LA SUBROGACIÓN

Category: Insurance and Reinsurance, Legal Alerts

written by Nader, Hayaux & Goebel | September 7, 2023

El viernes 19 de agosto de 2022, se publicó en el Semanario Judicial de la Federación la tesis jurisprudencial de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (la “SCJN”) que determinó que la subrogación no es una condición para el pago del seguro.

Para llegar a esta conclusión, la SCJN analizó las siguientes etapas en relación con el contrato de seguro, derivadas de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

1. **Pago de Prima:** En primer lugar, el contratante del seguro tiene obligación de pagar la prima del seguro a la aseguradora.
2. **Aviso de Siniestro:** Al ocurrir el siniestro, el asegurado o beneficiario tiene que dar aviso oportuno a la aseguradora (el plazo convenido o el plazo legal de 5 días naturales contados a partir del siniestro), y entregarle la información que sustente el reclamo.

3. **Pago de la Indemnización:** Cumplido lo anterior, la aseguradora tiene la obligación de pagar la suma asegurada, restituir o repara el daño.
4. **Subrogación:** Una vez realizado el pago al asegurado o beneficiario, la aseguradora tiene derechos a subrogarse en los derechos del asegurado.

El análisis de la SCJN en esta jurisprudencia consistió en determinar si (i) el derecho de subrogación de la aseguradora (Etapa 4) nace antes de que la aseguradora indemnice al asegurado por la actualización del siniestro (Etapa 3), y si el beneficiario debe haber garantizado a la aseguradora que se subrogará en sus derechos o bien, (ii) la indemnización no puede condicionarse a que el asegurado garantice la subrogación.

Para concluir que el derecho de subrogación nace después de que la aseguradora indemniza al asegurado o beneficiario, la SCJN determinó que la obligación de indemnizar y el derecho a subrogarse de la aseguradora provienen de la Ley sobre el Contrato de Seguro y no de un acuerdo contractual entre las partes.

De conformidad con lo anterior, es nula cualquier cláusula que sujete la indemnización del seguro a la garantía del derecho de subrogación por parte del asegurado o beneficiario.

Por lo tanto, al ser la subrogación un derecho que opera por ley, una vez hecho el pago, reparación o restitución en materia de daños, la aseguradora adquiere los bienes dañados y se subroga en todos los derechos contra terceros que, por causa del daño sufrido, correspondan al asegurado como consecuencia del riesgo cubierto.

Observaciones preliminares NHG

- La tesis jurisprudencial considera nula toda cláusula que sujete el pago del seguro al reconocimiento de la aseguradora o de la autoridad judicial al derecho de pago.
- Este criterio es relevante por lo que respecta a las cláusulas en las condiciones generales de productos de daños que imponen obligaciones a los asegurados para garantizar que la aseguradora se podrá subrogar en sus derechos, y de convenios de pago y finiquito en las que el asegurado se obliga a garantizar que la aseguradora podrá subrogarse en sus derechos.
- Sugerimos que las aseguradoras revisen dichas cláusulas para confirmar que las obligaciones pactadas sobre subrogación sean consistentes con la tesis

jurisprudencial.

- Asimismo, deben de tomarse en consideración estos criterios al momento de redactar y celebrar los convenios de pago y finiquito con asegurados, y analizar reclamaciones por siniestros para evitar conflictos innecesarios.

Para mayor información, nos ponemos a sus órdenes con sus contactos habituales en [Nader, Hayaux & Goebel](mailto:Nader.Hayaux@nhg.com.mx), o con cualesquiera de **Yves Hayaux de Tilly** +52 55 4170 3003 yhayaux@nhg.com.mx y **Luciano Pérez Gómez** +52 (55) 4170 3027 lperez@nhg.com.mx

PAYMENT OF THE INDEMNITY BY INSURER SHOULD NOT BE CONDITIONED TO THE GUARANTEE OF SUBROGATION BY THE INSURED

On Friday, August 19, 2022, the Mexican Supreme Court of Justice (Suprema Corte de Justicia de la Nación) (“SCJN”) issued a judicial precedent, published in the Federal Official Gazette, in which it resolved that it should not be considered that the subrogation is a condition to proceed with a payment of a claim.

To reach this conclusion, the SCJN reviewed the following elements in the contracting of the insurance contract, as provided in the Insurance Contract Law (Ley sobre el Contrato de Seguro):

1. **Payment of Premium:** In a first instance, the policyholder must pay the insurance premium to the insurer.
2. **Notice of Loss:** Upon the occurrence of a loss, the insured or beneficiary must give timely notice to the insurer (based on the agreed term or the legal term of 5 calendar days from the date of the loss) and provide the information supporting the claim.
3. **Indemnity Payment:** Once the above is complied with, the insurer must pay the indemnity under the policy, compensate, or repair the damage.
4. **Subrogation:** Upon payment to the insured or beneficiary, the insurer has the right to subrogate into any insured’s right arising from the claim.

The analysis of the SCJN consisted in determining whether (i) the right of the insurer to subrogate (Element 4) exists prior to the payment made by the insurer of

the claim due to the materialization of the loss (Element 3) and whether the beneficiary had to secure to the insurer such subrogation rights, or (ii) the payment should not be conditioned to the insured guarantee of subrogation.

To conclude that the right of subrogation exists after the insurer pays the loss to the insured or beneficiary, the SCJN determined that the payment derives from the Insurance Contract Law and not from a contractual agreement between the parties.

Based on the foregoing, any clause that conditions the insurance payment to the fact that the insured secures the right of subrogation should be considered null and void.

Therefore, considering that subrogation is a right by law, once the payment, compensation or restitution of damages is made, the insurer has the right to subrogate on all the insured's rights against third parties due to the damages caused by the covered risk.

NHG Preliminary comments

- The judicial precedent determines that any clause that conditions the insurance payment to the insurer or to the Judicial court's acknowledgement of the right of payment is null and void.
- This decision is relevant for contractual clauses in the general conditions of property and casualty products that impose obligations on insureds to guarantee to the insurer its rights of subrogation, and for settlement agreements where the insured guarantees that the insurer will subrogate the insured rights.
- We suggest to the insurers to review such clauses to confirm if the subrogation obligations in their general conditions are consistent with the judicial precedent.
- Likewise, this decision should be considered when drafting and executing settlement agreements with insureds and reviewing loss claims, to avoid unnecessary conflicts.

For more information, please contact your regular contacts at [Nader, Hayaux & Goebel](#), or with **Yves Hayaux de Tilly** +52 55 4170 3003 yhayaux@nhg.com.mx or **Luciano Pérez Gómez** +52 (55) 4170 3027 lperez@nhg.com.mx

Mexico Chapter in The Insurance and Reinsurance Law Review; 10th edition

Category: Insurance and Reinsurance, Publications
written by Nader, Hayaux & Goebel | September 7, 2023

We are delighted to announce that the 10th edition of *The Insurance and Reinsurance Law Review Guide* was recently published. With the contribution of our [Partner Yves Hayaux-du-Tilly](#).

An overview to insurance & reinsurance laws and regulations that may occur in Mexico.

Click here to download the [Mexico Insurance & Reinsurance guide 2022](#) or on [TLR website](#).

The SCJN sets forth criteria applicable to the late payment of premium

Category: Firm news, Insurance and Reinsurance
written by Nader, Hayaux & Goebel | September 7, 2023

On February 17, 2021, the First Chamber of the Mexican Supreme Court of Justice (“**SCJN**”) issued a judicial precedent pursuant to which it determined that

notwithstanding the insurance premium is paid, in case this is done after the 30-day grace period, the insurance contract terminates, even if the insurer received the premium.

The rationale of the First Chamber of the SCJN is based on the assumption that the insurance contract is bilateral, onerous and aleatory, and is perfected at the moment in which the contracting party becomes aware of the acceptance of the offer made by the insurer, and additionally, according to the Insurance Contract Law (the "**Law**"), from the due date for payment of the premium, the contracting party has a grace period of 30 calendar days to pay the premium.

If the Insurer has not received the payment of the premium prior to 12 o'clock of the last day of the 30-day term, the effects of the insurance contract cease automatically and the insurer is released from its obligations.

Even if the contracting party pays the premium after said term and the insurer accepts the late payment, the effects of the insurance contract may not be rehabilitated.

According to the criteria of the SCJN, once the insurance contract is terminated, there must be a new offer from the insured and same shall be agreed with the insurer to formalize a new insurance contract.

The late payment of the premium or of any of its installments does not constitute an offer and the receipt of the payment by the insurer does not constitute a tacit consent.

Any late payment of the premium shall be deemed a deposit that may be applied to the premium if the new insurance contract is executed; if it is not executed, it shall be reimbursed to the insured as an undue payment.

Furthermore, on February 24, 2021, the First Chamber of the SCJN issued another judicial precedent resulting from contradicting rulings between two Collegiate Courts of the same circuit but from different specialties, which establishes that pursuant to article 41 of the Law the insurance contract is invalidated when payment of the insurance premium is made outside the grace period of 30 calendar

days, even when the insurer does not immediately refuse such payment.

In this case, the rationale of the First Chamber of the SCJN, consistent with the judicial precedent described above, is based on the premise that the first paragraph of article 40 of the Law establishes that if the contracting party does not pay the premium or the corresponding installment, in case it is paid in installments, within the grace period of 30 calendar days, the effects of the insurance contract will cease automatically at 12 o'clock on the last day of such term.

Article 41 of the Law further provides that any agreement that intends to waive the effects of the provisions of the first paragraph of Article 40 of the Law shall be invalid.

Therefore, it is considered that the effects of the insurance agreement irrevocably terminate in case of late payment of the premium or of any of its installments, which is an invariable consequence of the non-payment within the term foreseen for such purpose.

Consequently, it may not be deemed that receiving the late payment rehabilitates the effects of the insurance contract and constitute an agreement to waive the effects of the first paragraph of article 40 of the Law, as the foregoing would not be valid pursuant to article 41 of the Law.

NHG's Preliminary Observations

- It is a common practice for insurers to receive late premium payments and, in general terms, if the loss occurs after the insurer receives the late payment of the premium, the insurer fulfills its obligations under the insurance contract.
- The judicial precedents release the insurers from any liability under insurance contracts in which premiums have not been paid within the grace period set forth in article 40 of the Law, and require that the insurers accept a new offer from the insured, in order for a new insurance contract to become effective.
- If an insured pays, after the grace period the premium corresponding to the insurance contract, the insured will be required to obtain an express

acceptance from the insurer in which the insurer confirms the acceptance of the risk; otherwise, the insurance contract will be deemed invalid and will not produce any legal effect.

- We recommend to carefully analyze the rehabilitation clauses currently used in insurance contracts to confirm whether these clauses constitute, on their own, an express consent from the insurers to accept the risk in case of untimely payment of the premium or, if applicable, adjust them to comply with the judicial precedents.

La SCJN define criterios para el tratamiento del pago extemporáneo de la prima

El 17 de febrero de 2021, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (la “**SCJN**”) emitió una tesis jurisprudencial conforme a la cual determinó que el pago de la prima de seguro fuera del plazo genérico de 30 días produce la terminación del contrato de seguro, no obstante que la aseguradora haya aceptado el pago extemporáneo.

El razonamiento de la Primera Sala de la SCJN parte de la base que el contrato de seguro es bilateral, oneroso y aleatorio, y se perfecciona en el momento en que el contratante tiene conocimiento de la aceptación de la oferta por parte de la aseguradora, y además, que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro (la “**Ley**”), a partir del vencimiento de la prima, el contratante tiene un plazo de 30 días naturales para pagarla.

Si la aseguradora no recibe el pago antes de las doce horas del último día del plazo de 30 días, los efectos del contrato de seguro cesan automáticamente y la aseguradora se desvincula del cumplimiento de sus obligaciones.

Aun y cuando el contratante pague la prima después de dicho plazo y la aseguradora acepte el pago extemporáneo, no se rehabilitan los efectos del contrato de seguro.

Conforme al criterio de la SCJN, una vez terminado el contrato de seguro, debe existir una nueva oferta del asegurado y la aceptación de la aseguradora para que exista un nuevo contrato de seguro.

El pago extemporáneo de la prima o de alguna de sus parcialidades no constituye una oferta y la recepción de dicha prima por parte de la aseguradora no constituye un consentimiento tácito.

El pago extemporáneo de la prima solamente se puede considerar como un depósito a ser aplicado a la prima si el nuevo contrato de seguro se perfecciona, de no perfeccionarse, ésta se deberá reembolsar al asegurado al tratarse de un pago de lo indebido.

Por otra parte, el 24 de febrero de 2021, la Primera Sala de la SCJN emitió una tesis jurisprudencial por contradicción de tesis entre dos Tribunales Colegiados del mismo circuito pero de distinta especialidad, en la que se establece que el pago de la prima de seguro fuera del plazo genérico de 30 días naturales, aun cuando la aseguradora no rehúya de inmediato esa exhibición, constituye un convenio nulo en términos del artículo 41 de la Ley.

En este caso, el razonamiento de la Primera Sala de la SCJN, consistente con la tesis jurisprudencial anteriormente descrita, parte de la base que el primer párrafo del artículo 40 de la Ley establece que si el contratante no realiza el pago de la prima o de la fracción correspondiente, en caso de pago en parcialidades, dentro del plazo genérico de 30 días naturales, los efectos del contrato de seguro cesan automáticamente a las 12 horas del último día del plazo.

El Artículo 41 de la Ley establece que es nulo cualquier convenio que pretenda privar los efectos de las disposiciones del primer párrafo del artículo 40 de la Ley.

Por lo anterior, la SCJN considera que el pago extemporáneo de la prima o de alguna de sus parcialidades implica que, indefectiblemente, ha ocurrido la cesación de los efectos del contrato de seguro, consecuencia invariable de la omisión del pago dentro del plazo previsto para ello.

Por lo tanto, admitir que la eventual aceptación del pago extemporáneo rehabilita los efectos del contrato de seguro, constituye un convenio que pretende privar de sus efectos al primer párrafo del artículo 40 de la Ley y, en consecuencia, es nulo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley.

Observaciones Preliminares de NHG

- En la práctica, es común que las aseguradoras reciban la prima de forma extemporánea y por lo general, si el siniestro ocurre después de que la aseguradora recibe el pago de la prima, ésta cumple con sus obligaciones bajo el contrato de seguro.
- Las tesis jurisprudenciales liberan a las aseguradoras de cualquier responsabilidad bajo los contratos de seguro en los que la prima no se haya pagado dentro del plazo de gracia que establece el Artículo 40 de la Ley, y requieren que las aseguradoras acepten una nueva oferta del asegurado, para que el contrato de seguro surta efectos.
- Si un asegurado paga extemporáneamente la prima correspondiente a su contrato de seguro, deberá obtener una aceptación expresa de la aseguradora del riesgo, ya que de no hacerlo, el contrato de seguro es nulo y no produce efecto legal alguno.
- Sugerimos analizar cuidadosamente las cláusulas de rehabilitación que actualmente son utilizadas en los contratos de seguro para confirmar si las mismas constituyen por si mismas un consentimiento expreso de las aseguradoras para aceptar el riesgo en caso de pago extemporáneo de la prima o en su caso ajustarlas para cumplir con las tesis jurisprudenciales.

Para mayor información sobre el pago extemporáneo de la prima, nos ponemos a sus órdenes con sus contactos habituales en Nader, Hayaux & Goebel, o con

[Luciano Pérez Gómez](mailto:lperez@nhg.com.mx) +52 (55) 4170 3027 lperez@nhg.com.mx

For more information on the untimely payment of the premium, please contact your regular contacts at Nader, Hayaux & Goebel, or **[Luciano Pérez Gómez](mailto:lperez@nhg.com.mx)** +52 (55) 4170 3027 lperez@nhg.com.mx

Innovación en Productos de Seguros - Revista Industrial México

Category: Insurance and Reinsurance, Publications

written by Gonzalo Martínez P. | September 7, 2023

Con la contribución de Luciano Pérez, socio de Nader, Hayaux & Goebel.

[Industria Legal, Mx, Vol. 1, Jul. 2021](#)

Insurance & Reinsurance (The Law Review 2021)

Category: Insurance and Reinsurance, Publications

written by Nader, Hayaux & Goebel | September 7, 2023

We are delighted to announce that the 9th edition of *The Insurance and Reinsurance Law Review Guide* was recently published. With the contribution of our [Partner Yves Hayaux-du-Tilly](#).

An overview to insurance & reinsurance laws and regulations that may occur in Mexico.

[Click here to download the complete guide.](#)

La Suprema Corte del Reino Unido sienta importante precedente respecto a la cobertura de seguros por interrupción de negocios derivados de la pandemia de COVID-19

Category: Insurance and Reinsurance, Legal Alerts

written by Nader, Hayaux & Goebel | September 7, 2023

Una de las consecuencias de la pandemia de COVID-19 fue la suspensión de actividades comerciales en diversos sectores e industrias. Las reclamaciones masivas de pólizas que contaban con la cobertura de interrupción de negocio no se hicieron esperar y en términos generales, las aseguradoras negaron cobertura a sus asegurados.

En vista del gran número de desavenencias entre asegurados y aseguradoras, la autoridad reguladora de seguros del Reino Unido (Financial Conduct Authority (“FCA”)) hizo uso de su facultad para llevar a cabo un “test case” con la intención de sentar un precedente judicial respecto a la cobertura de interrupción de negocio por daños sufridos derivado de la pandemia de COVID-19 y, de esa forma, dar certidumbre jurídica a los asegurados y una guía al sector asegurador en la gestión de dichas reclamaciones.

El 9 de junio de 2020, la FCA, en representación de los asegurados, interpuso una demanda en contra de ocho aseguradoras respecto a 21 tipos distintos de pólizas con cobertura de interrupción de negocio.

En septiembre del 2020, la corte de primera instancia dictó sentencia, la cual fue

apelada por ambas partes.

La Suprema Corte del Reino Unido (“Corte”) utilizó su facultad de atracción para tomar el caso y dictar una sentencia definitiva.

El pasado viernes 15 de enero, la Suprema Corte del Reino Unido resolvió los recursos de apelación en favor de los asegurados.

En términos generales, la Corte clasificó las diversas cláusulas de interrupción de negocio en dos tipos: (i) aquellas cuya cobertura se basa en la existencia de una enfermedad infecciosa en cierto perímetro geográfico respecto del negocio del asegurado (“**Cláusulas de Enfermedad Infecciosa**”) y (ii) las que se basan en la imposición de una restricción que impide el acceso al negocio (“**Cláusulas de Impedimento de Acceso**”).

Respecto a las **Cláusulas de Enfermedad Infecciosa**, la Corte resolvió que cada uno de los casos de COVID-19 (con o sin síntomas) existente dentro del perímetro geográfico establecido en la póliza, debe considerarse como una sola causa por lo que respecta a hechos que derivaron en la interrupción del negocio y, por lo tanto, como un detonante de cobertura bajo la póliza.

Respecto a las **Cláusulas de Impedimento de Acceso**, la Corte determinó que las medidas impuestas por el Gobierno del Reino Unido, aun y cuando no fuesen coercitivas o con rango de ley, activan la cobertura de interrupción de negocio.

La Corte también resolvió que no es necesario el impedimento total de la actividad comercial para que exista cobertura, sino que hay cobertura incluso cuando el impedimento sea parcial.

La Corte estableció que los términos “manifestación de una enfermedad infecciosa (notifiable disease)”, “incidente” y “ocurrencia de una enfermedad infecciosa” deben interpretarse con la misma amplitud para efectos de la cobertura, rechazando argumentos de tipo sintáctico presentados por las aseguradoras.

Asimismo, la Corte sentó un precedente sumamente importante al interpretar que existe cobertura por interrupción de negocio cuando el siniestro ocurre por dos causas concurrentes e independientes que se originan por el mismo evento fortuito

(i.e. la pandemia), siempre y cuando ninguna de las causas concurrentes esté expresamente excluida en la póliza. Bajo dicha premisa:

(A) En las **Cláusulas de Enfermedades Infecciosas**, las causas del siniestro sean (i) la existencia de casos de COVID-19 dentro del radio geográfico establecido en la póliza y (ii) fuera de dicho radio (provocando que el público deje de concurrir a locales comerciales); y

(B) En el caso de las **Cláusulas de Impedimento de Acceso**, las causas del siniestro sean: (i) las restricciones impuestas por el gobierno para que el asegurado acceda a su negocio y (ii) las restricciones de movimiento impuestas a terceros por instrucciones del gobierno a causa de una pandemia, que tenga como efecto la suspensión de la afluencia de clientes al negocio.

Esta interpretación sobre la causa raíz se sobreponen al precedente sentado en el caso *Orient-Express Hotels Limited v Assicurazioni Generali Spa*; el cual era utilizado por las aseguradoras para fundamentar el rechazo de reclamaciones por interrupción de negocios.

Respecto a la cuantificación de los daños, el fallo de la Corte estableció que deben de tomarse en cuenta los montos que se obtuvieron durante la interrupción del negocio por el asegurado y comparar dichos montos con la cantidad que habría recibido de no haber existido la pandemia.

La resolución de la Corte proporciona implícitamente valiosos elementos para interpretar aspectos de la pandemia de COVID-19 que no fueron parte de la litis. Por ejemplo, en ningún momento se cuestiona la naturaleza catastrófica de la pandemia de COVID-19, no obstante el análisis que la Corte hace del caso *Orient-Express* hace patente las similitudes entre los efectos catastróficos del huracán Katrina del 2005 y la pandemia de COVID-19; en palabras de Lord Briggs, el caso *Orient-Express* es “el único caso de hechos comparables del que se tiene registro” (párrafo 319).

Si bien la resolución de la Suprema Corte del Reino Unido no es obligatoria para los tribunales en otras jurisdicciones, en virtud del alto grado de especialización que tienen los jueces ingleses en materia de seguros y reaseguro, consideramos que ésta sienta una opinión persuasiva que debe ser tomada en cuenta en las decisiones de aseguradoras, jueces, árbitros y asesores legales en otros países, en temas tales

como:

- **La similitud entre los efectos de la pandemia de COVID-19 y de otras catástrofes naturales como huracanes.**
- **La posibilidad de que a pesar de que existan diversas causas concurrentes e independientes para la ocurrencia del siniestro, las epidemias y pandemias por sí mismas, detonan la cobertura.**
- **Los criterios para determinar las causas que dan lugar a cobertura por epidemias y pandemias.**
- **La forma de cuantificar las pérdidas causadas por siniestros derivados de interrupción de negocio o pérdida de rentas ocasionados por la pandemia.**

Para cualquier aclaración o pregunta en relación con lo anterior, le agradeceremos ponerse en contacto con el socio de Nader, Hayaux & Goebel con quien trabajan o contactar a cualesquiera de [Yves Hayaux du Tilly](mailto:yhayaux@nhg.com.mx) (yhayaux@nhg.com.mx) o [Luciano Pérez Gómez](mailto:lperez@nhg.com.mx) (lperez@nhg.com.mx).

The 8th edition of The Insurance and Reinsurance Law Review

Category: Insurance and Reinsurance, Publications
written by Nader, Hayaux & Goebel | September 7, 2023

We are delighted to announce that the 8th edition of *The Insurance and Reinsurance Law Review* was recently published. With the contribution of our Partner Yves Hayaux-du-Tilly.

Up until June of this year, the insurance market M&A market was active. After a brief pause, we start to see activity resuming and expect to continue seeing further

consolidation, growth or a combination of both in the current market players in Mexico. In particular, we expect health insurance to be a key driver of growth in the insurance industry in the years to come.

We have been leading the Mexican market working with reinsurance and insurance companies as well as brokers in developing parametric insurance products for catastrophic risks...

We are pleased that the regulators have taken a flexible approach to parametric products. It is a matter of time for parametric insurance to replace traditional P&C in catastrophic risks. The pace for this change will be determined by the education of both, consumers and regulators on these type of products.

“While it is a priority for regulators to protect customers and expand insurance protection to the general population, there will be also more intervention of the state in the development of insurance solutions and risk management mechanisms to ensure protection of vulnerable groups, and proper management of catastrophic risks by federal and state governments and state-owned companies.”

“Insurance can be a key instrument for social development. In this sense, innovation and customer protection must be a priority for regulators and the market as a whole.”

“The regulators are aware of the potential of insurtech to give access to vulnerable groups to the benefits of insurance products. Unfortunately, the regulatory regime in effect has become a hurdle rather than an incentive for the development of insurtech products and projects...”

Regulation must not be immune to certain degree of reasonable risk in order to allow new and innovative technology to flourish. For the continuing development of the insurance sector, the regulator must acknowledge and embrace new technologies and understand the uncertain nature of start-ups. In times characterized by overregulation, broad-mindedness is a challenge.

Please download the complete document here: [The Insurance and Reinsurance Law Review – 8th Edition](#)

An overview to insurance & reinsurance laws and regulations that may occur in Mexico

Category: Insurance and Reinsurance, Partners, Publications
written by Nader, Hayaux & Goebel | September 7, 2023

The Legal 500, Mexico: Insurance & Reinsurance - by Partners Yves Hayaux du Tilly and Luciano Pérez

Mexican insurance contracts are governed by the Insurance Contract Law (“LCS”) published in the Official Gazette of the Federation (Diario Oficial de la Federación (“DOF”) on 31 August 1935. The LCS applies to all insurance contracts, except for maritime insurance governed by the Navigation and Maritime Commerce Law published in the DOF on 1 June 2006.

The insurance contract is formed by the consent of the parties. Pursuant to Article 21.1 of the LCS the insurance contract comes into effect when the insured receives a confirmation that the insurance company accepted his request for insurance coverage, regardless of whether any written evidence, such as an insurance policy or certificate, is issued. The effectiveness of an insurance contract cannot be subject to the condition that the respective insurance policy or any other document evidencing its acceptance is issued nor to the condition that the respective premium is paid.

Other topics of analysis that we break down in the article are

- Insurance and co-insurance regulations depending on the jurisdiction
- License approval times
- Owner controls (including foreign ownership)
- Insurance or reinsurance risks in your jurisdiction without a license or

authorization

- Sanctions depending on the jurisdiction
- Supervision of the solvency of insurers and reinsurers
- Minimum capital requirements
- Policyholder protection plans in your jurisdiction
- Compliance with suitability requirements and/or approvals
- Restrictions on outsourcing business-related services
- Restrictions on the types of assets insurers or reinsurers can invest in
- Supervision and control of insurance sales
- Distance or online selling regulations
- Rules pertaining to distance selling or online sales
- Consumer policy restrictions
- Responsible for handling complex commercial claims
- Legal transfer mechanism available for sales or transfers of books
- Main challenges for new market entrants and what role does the digital innovation plays
- Existing regulations for insurers when using customer data

The companies that will take the market leadership in the coming years.

There is tremendous gap and hence, potential as well as an urgency to develop an efficient health insurance market and we are seeing important developments from key players towards developing such health insurance market. Despite the challenges posed by a complex and burdensome regulatory landscape and lack of a level playing field due to a lack of proper supervision from the regulator of certain players offering insurance products without an insurance license, based on the new projects being developed in Mexico, we expect that health insurance will be a key driver of growth in the Mexican insurance industry in the years to come. Provided that the financial stability is maintained, we also expect life-saving products continue growing among the middle class population. We are seeing growth in cyber insurance related products, including insurance to protect new risks such as privacy and data protection.

We will continue seeing growth in financial lines, D&O insurance, professional liability, reps, warranties and tax insurance products, as well as products oriented in

preventing fraud as well as surety products. Insurance for natural catastrophes will keep developing with a major trend for a healthy development of parametric products using new technologies to measure risks coupled with the development of parametric indexes.

Automobile insurance will also continue growing fueled by a mandatory automobile liability insurance schemes that is still not fully nor duly enforced with a potential of growing at least threefold if it were to be implemented. Despite the numerous reforms to the financial laws, the opening of the market to foreign investment and the easiness of doing business in Mexico, the large gap in insurance coverage has not receded and Mexico continues to be an underinsured market continuing to make it as attractive as ever. There is expectation that new technologies and insurtech will help reduce the gaps in underinsurance and contribute to improve financial inclusion among the Mexican population. The current administration is looking to maintain the regulatory and financial strength of the Mexican insurance industry, while also improving the penetration with a particular aim in building resilience and improving financial inclusion.

[To read the complete article, please click here](#)