

# SINIESTROS

 skandia



# CANALES PARA REPORTAR UN SINIESTRO



01

**Call Center**

Área metropolitana (55)50930220 ext. 1206

02

**Correo electrónico**

[siniestros@skandia.com.mx](mailto:siniestros@skandia.com.mx)

03

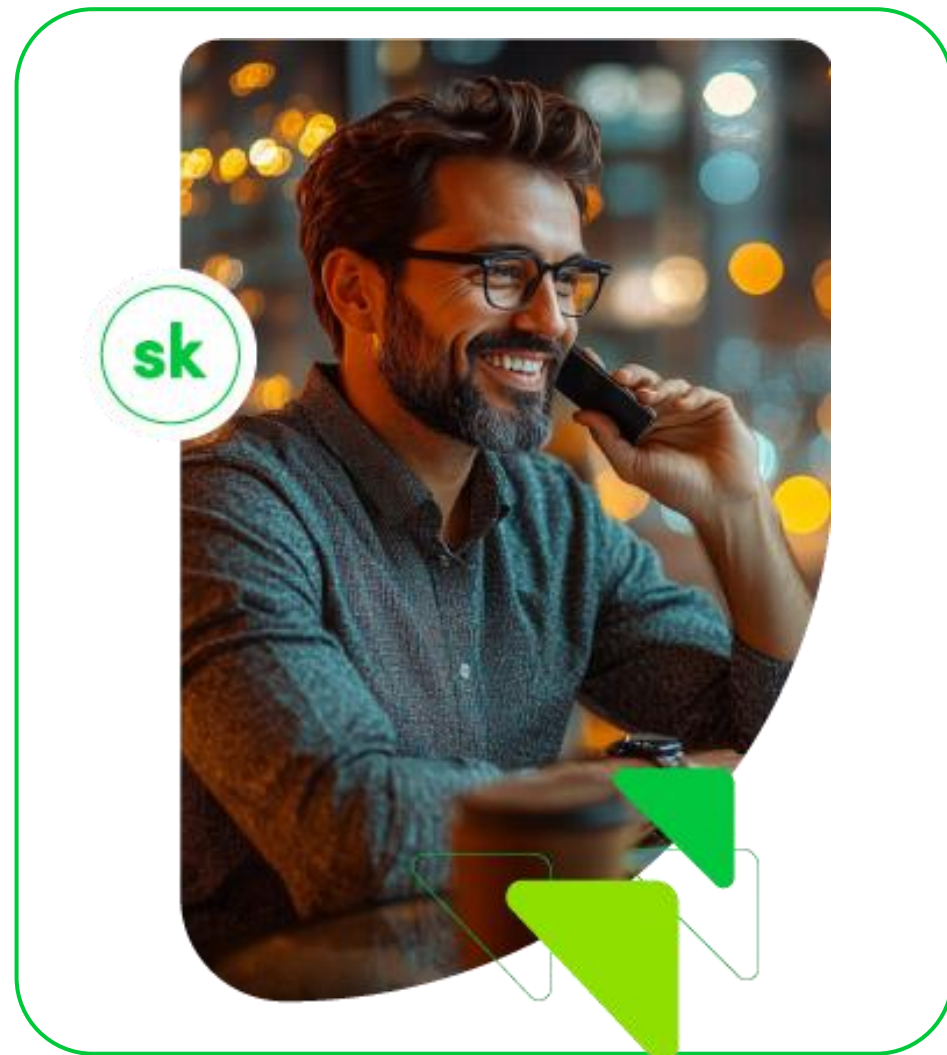
**En Corporativo Skandia**

ubicado en la CDMX



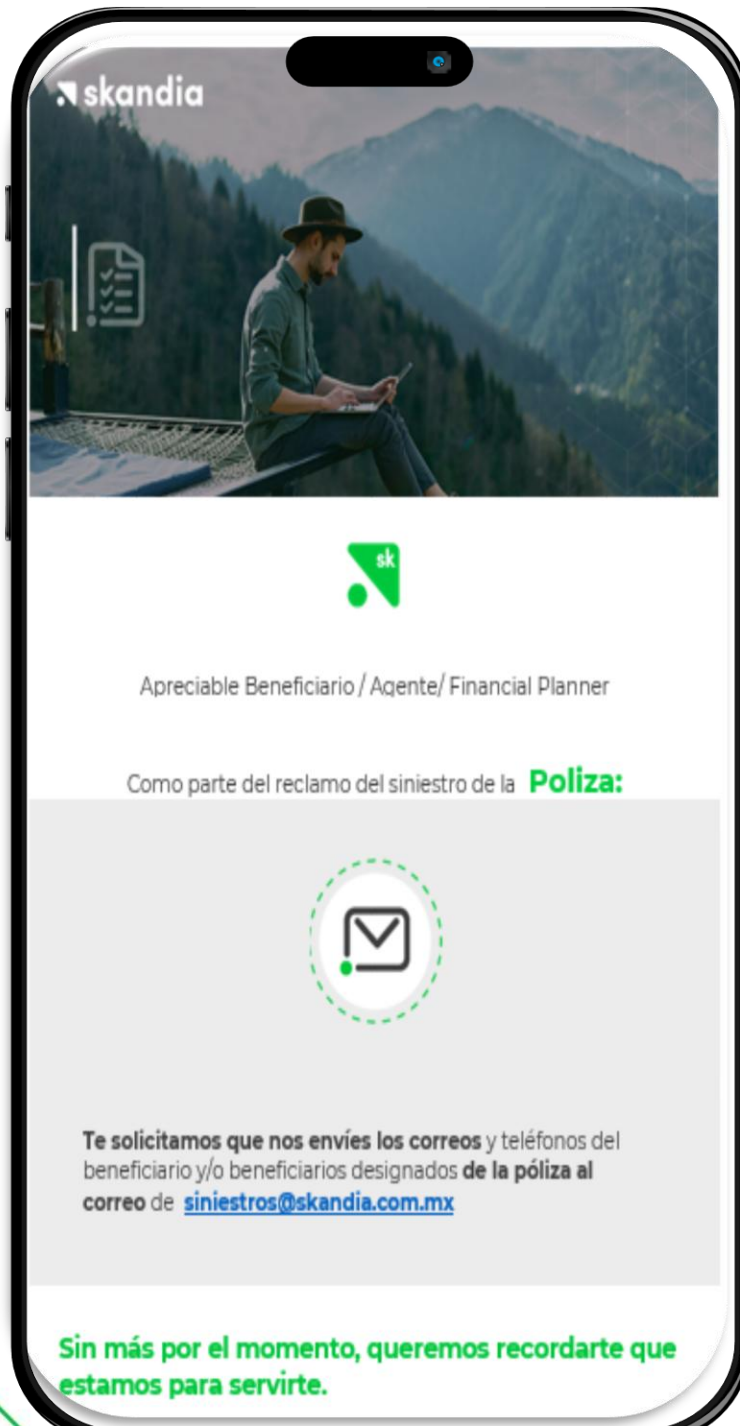
## ¿CUÁNDO INICIA EL PROCESO DE RECLAMACIÓN?

- o ► Comienza cuando se reporta el fallecimiento del titular
- o ► Puede ser notificado por el beneficiario, Financial Planner o Agente de la póliza
- o ► Debe incluir datos de contacto del **asegurado** y de los **beneficiarios** (correo, teléfono y acta de defunción).





## SIN DATOS DE CONTACTO



## CON DATOS DE CONTACTO



# POR DESCUBIR...



## CHECK LIST

- ◻ Vida Individual o Grupo
- ◻ Crea Futuro
- ◻ Operadora
- ◻ Invalidez Total y permanente

## SOLICITUD DE RECLAMACIÓN

## FORMATO DE TRANSFERENCIA POR FALLECIMIENTO/ INVALIDEZ

01

02

03

04

05

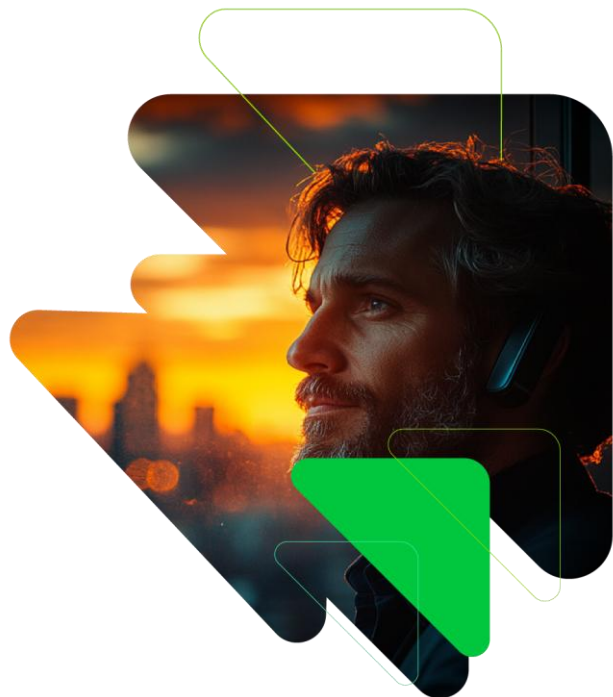
**FORMULARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO /INVALIDEZ**

**DECLARACIÓN DE TESTIGOS (solo aplica en Crea Futuro)**

- ◻ GUIA DE APOYO
- ◻ FORMATO DE REGISTRO DE HUELLA

...

# OPERADORA



## Anexo

### Documentación general requerida a beneficiarios

Número de Contrato: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_

Marque con una "X" la documentación recabada.

#### Documentación General del Titular

- Solicitud de reclamación de beneficiario (s).
- Acta de defunción (copia certificada).
- Identificación del titular (original y copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).

#### Documentación por Beneficiario del Contrato.

- Si algún beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
- Acta de nacimiento de los beneficiarios (copia certificada).
- Identificación de los beneficiarios vigente (original y copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).
- CURP de los beneficiarios.
- En caso de que el beneficiario sea menor de edad, es necesario entregar una carta de libre escrito por el tutor (padres); si el tutor no es alguno de los padres, es necesario presentar el acta tutelar emitida por el juez familiar.
- En caso de que el beneficiario sea alguna persona moral, es necesario presentar acta constitutiva (copia certificada) así como poder notarial e identificación oficial vigente del apoderado legal reclamante.
- Cuando el beneficiario sea alguna institución bancaria por razón de algún crédito otorgado al asegurado, será necesario el estado de cuenta la fecha de fallecimiento, con sello y firma.
- Cuando el beneficiario sea un contrato de fideicomiso, la solicitud la deberá presentar el fiduciario y adjuntar copia del contrato.

# INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE



Checklist Invalidez Total y Permanente.

## ANEXO

Documentación General Requerida.

Póliza Número: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_

### Documentación del Asegurado/a

- ◆ Solicitud de Reclamación.
- ◆ Acta de nacimiento del titular.
- ◆ Identificación del Titular vigente (Original y copia de Credencial de Elector, Pasaporte o Cédula Profesional).
- ◆ Póliza Original: En caso de no tenerla anexar carta firmada por los beneficiarios explicando el motivo.
- ◆ Comprobante de domicilio vigente del (los) beneficiarios (s) (no mayor a tres meses).
- ◆ RFC o CURP del titular.
- ◆ Certificado Médico de invalidez emitido por la autoridad correspondiente original (IMSS, ISSSTE, Sector Salud, de acuerdo con las siguientes características

#### -> **Dictamen ST-4 y documentación Médica (IMSS).**

Se deberá presentar Copia Certificada del dictamen ST-4 de Invalidez Total y Permanente, expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual ampare la condición de Invalidez, así como la Historia Clínica completa y los resultados de los estudios realizados por dicha institución.

#### -> **Formato RT-09 emitido por el ISSSTE**

Si el Asegurado/a está afiliado al ISSSTE, deberá presentar copia certificada del Formato RT-09, emitido por dicha institución, que acredite el Dictamen de Invalidez Total y Permanente.

#### -> **En caso de que el Asegurado no se encuentre afiliado a ninguna institución de salud**

Deberá presentarse con una constancia de no afiliación. Acompañando dicha constancia, el Asegurado deberá entregar un dictamen médico emitido por un Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina, con especialidad en medicina del trabajo. Este dictamen deberá incluir la historia clínica completa y los resultados de los estudios realizados, los cuales deben estar orientados a determinar la Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

### Indicar método de pago

- ◆ En caso de requerir transferencia bancaria es necesaria la copia del estado de cuenta a nombre del Asegurado/a, en donde se vea el nombre del banco y la CLABE interbancaria.
- ◆ En caso de requerir pago mediante Cheque, este deberá ser retirado personalmente por el Asegurado/a en nuestras oficinas corporativas.

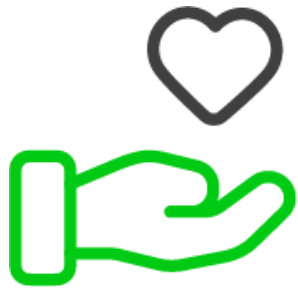
### Apartado para uso exclusivo de Skandia.

Fecha de Aviso de siniestro. \_\_\_\_\_

Fecha inicio de la reclamación. \_\_\_\_\_

**Nota:** Para los documentos que hayan sido entregados, no se realizará la devolución de los mismos.

# Certificado Médico de Invalidez Total y Permanente



**Dictamen ST-4 y documentación Médica (IMSS).**

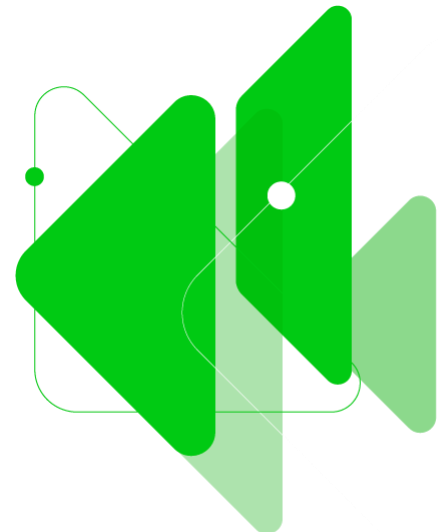


**Formato RT-09 emitido por el ISSSTE**



**Dictamen médico emitido por un Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en MEDICINA DEL TRABAJO**

- Cada dictamen deberá de estar acompañado con la Historia Clínica completa del Asegurado así como con los resultados de los estudios realizados por dicha institución, los cuales deben estar orientados a determinar la Invalidez Total y Permanente del Asegurado.



# VIDA INDIVIDUAL

## Anexo

### Documentación general requerida a beneficiarios

Póliza Número: [REDACTED]

Titular: [REDACTED]

Marque con una "X" la documentación recabada.

### Documentación General del Asegurado

- Solicitud de reclamación del o los beneficiarios.
- Formulario médico o certificado de defunción (anexar historial clínico con fechas de inicios de padecimientos que causaron o influyeron en la muerte).
- Acta de defunción (copia certificada).
- Acta de nacimiento del titular (copia certificada).
- Identificación del titular (Copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).
- En caso de muerte accidental presentar actuaciones de ministerio público completas, averiguaciones previas, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios practicados, parte de tránsito (en caso de accidente en carretera) y conclusiones (copias certificadas).
- Póliza original: en caso de no tenerla anexar carta firmada por los beneficiarios explicando el motivo.

### Documentación por Beneficiario de la Póliza

- Si algún beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
- Acta de matrimonio, en caso del que el cónyuge sea el beneficiario (copia certificada).
- Acta de nacimiento de los beneficiarios (copia certificada).
- Identificación de los beneficiarios vigente (Copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).
- Comprobante de domicilio vigente de los beneficiarios (vigencia no mayor a tres meses).
- RFC del beneficiario (en caso de ser deducible).
- CURP de los beneficiarios.(vigencia no mayor a tres meses).
- En caso de que el beneficiario sea menor de edad, es necesario entregar una carta de libre escrito por el tutor (padres); si el tutor no es alguno de los padres, es necesario presentar el acta tutelar emitida por el juez familiar



# Solicitud de reclamación de beneficiario(s)

Los datos a que se refiera esta forma deberán ser proporcionados por el o los beneficiarios nombrados en las pólizas del seguro o sus representantes legales bajo su firma.

Número de póliza o certificado:  Tipo de seguro:   Individual  Grupo

Datos del Asegurado		
Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s))		
Domicilio a la fecha de fallecimiento (Calle, número y Colonia)		
C.P.	Ciudad	Teléfono
Número de Afiliación al IMSS, ISSSTE u Otro		RFC
CURP	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Lugar de Nacimiento
Nacionalidad	Ocupación a la fecha de Fallecimiento	Antigüedad en la Empresa
Nombre de la Empresa donde Trabajaba y Domicilio		
Indique en que otras compañías estaba Asegurado *obligatorio		
Datos del médico que atendieron al asegurado		
Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s))		
Domicilio, Ciudad y Estado		Teléfono
Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s))		
Domicilio, Ciudad y Estado		Teléfono
Datos sobre el Fallecimiento		
Lugar de Fallecimiento	Fecha de Fallecimiento	
Causa de Fallecimiento		
Agencia que proporciono los Servicios Funerarios	Fecha	
El fallecimiento fue en domicilio particular, hospital u otros		
En caso de muerte violenta indique que autoridad tomo conocimiento del hecho		
Domicilio, Ciudad y Estado		Fecha

Nota: Como beneficiario autorizo a médicos, hospitales, oficinas, autoridades, a las autoridades judiciales o administrativas, laborales y establecimientos de salud donde fue atendido el asegurado, a que otorguen a Skandia Life S.A. De C.V. todos los informes que se refieren a la salud de éste, incluído todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en adelante a los hospitales o personas involucradas, del sector profesional y luego conde que una copia fotostática de esta autorización, tiene el mismo valor que el original.

# SOLICITUD DE RECLAMACIÓN



1

## Apartados obligatorios

- Datos del Asegurado
- Datos del medico tratante
- Datos sobre el fallecimiento



2

- El formato está habilitado para ser llenado en computadora /o letra de molde. (**firmas autógrafas**)
- En los campos que no apliquen, se deberá indicar "N/A".

## DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA N° \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIO 1

Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s))			Fecha de Nacimiento
Domicilio, Ciudad y Estado			Teléfono *Obligatorio
RFC	CURP	Nacionalidad	E-mail *Obligatorio
Parentesco	Ocupación	Giro	Firma
Porcentaje designado en la póliza _____			

### BENEFICIARIO 2

Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s))			Fecha de Nacimiento
Domicilio, Ciudad y Estado			Teléfono *Obligatorio
RFC	CURP	Nacionalidad	E-mail *Obligatorio
Parentesco	Ocupación	Giro	Firma
Porcentaje designado en la póliza _____			

### BENEFICIARIO 3

Los datos de los beneficiarios deben proporcionarse de forma clara y completa, indicando **teléfono y correo electrónico** para futuras notificaciones (**firmas autógrafas**)

# REGISTRO DE HUELLA



## Firma de los beneficiarios

Solo en caso de que los beneficiarios no puedan o no sepan firmar, deberá indicarse esta situación, imprimir la huella del dedo pulgar derecho y contar con la firma de dos testigos que firmen a su ruego.

Ciudad de México, a \_\_\_ de \_\_\_ del 20\_\_

Skandia Life, S.A. de C.V.  
RAFAEL MARCEL BRINGAS FLORES

Presente:

Hacemos constar que en nuestra presencia (Nombre del Cliente) imprimió su huella digital en virtud de no saber o poder firmar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifestó expresamente su conformidad con ella y a su ruego firmo.

Nombre completo testigo 1

Nombre completo testigo 2

Firma

Firma



## Formato de Transferencia por Fallecimiento

Skandia Life, S.A. de C.V.

Ciudad de México, a \_\_\_ de \_\_\_ del 20\_\_

**Skandia Life, S.A de C.V.**

RAFAEL MARCEL BRINGAS FLORES

### Presente:

En mi carácter de beneficiario de la Póliza N° (Número de póliza) autorizo a que Skandia Life S.A. de C.V., realice las operaciones de venta de los fondos de inversión en los cuales se encuentren invertidos en el contrato y que estos recursos sean invertidos en un fondo de inversión de deuda con liquidez mismo día, de conformidad con las reglas de operación y liquidación de cada fondo de inversión que sea vendida.

Así mismo, manifesté mi conocimiento y conformidad en que el pago del siniestro se realizará hasta que todas las operaciones de venta y compra hayan liquidado, es decir, hasta que se tengan todos los recursos en un solo fondo de inversión de deuda, conforme a la presente instrucción de transferencia.

Atentamente,

Nombre y Firma del Beneficiario

# TRANSFERENCIA POR FALLECIMIENTO Y/O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE



Este formato permite realizar operaciones de venta de fondos de inversión en los que se encuentre invertida la póliza



Es indispensable que el documento sea firmado por el propio beneficiario (**uno por cada beneficiario designado**)



# Formulario médico sobre las causas del fallecimiento del asegurado

Este deberá ser contestado de puño y letra por el médico que extendió el certificado de defunción o por el médico tratante del asegurado.



## FORMULARIO MEDICO

### 1<sup>ra</sup> Parte

El formato deberá ser completado de puño y letra por el médico que certifico la defunción o por el médico tratante del Asegurado.

Datos generales del finado		
Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s))		
No. de Póliza	Tipo de seguro (individual, grupo y colectivo)	No. de Certificado
Residencia en el momento de fallecimiento		Ciudad y Estado
Edad al fallecimiento	Sexo	Lugar de fallecimiento
El fallecimiento ocurrió en el hospital o sanatorio. ¿Cuál?		
Tiempo de conocer al asegurado		Tiempo de atender al asegurado
¿Cuándo usted consultó por primera vez al finado acerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento?		
En caso de no haberlo tratado, ¿Cuál es la razón por la que extiende el certificado de defunción?		
¿Hubo en la muerte del asegurado efectos directos o indirectos causados por el uso de bebidas alcohólicas, drogas u otros tipos de estimulantes o enervantes, etc? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo favor de especificar		
¿En que enfermedades o afecciones, operaciones, etc, lo asistió usted, o fue consultado antes del padecimiento que motivó la muerte? (detallar en el siguiente cuadro)		
Nombre de la enfermedad:		
No. de veces que lo asistió:		
Fecha de inicio/duración:		
Gravedad:		
Secuelas:		
Nombre de otros médicos que atendieron al asegurado		Teléfono
Dirección	Ciudad	Estado
Nombre		Teléfono
Dirección	Ciudad	Estado

Causas de la defunción		
Parte 1	Causas de la defunción	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Enfermedad, lesión o estado patológico que produce la muerte directamente.	A)	
Causas, antecedentes .	B)	
Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.	C)	
	D)	
<b>Parte 2</b>		
Otros estados psicológicos significativos que contribuyen a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.		
<p><b>Nota:</b> Las causas de la defunción deberán anotarse de acuerdo con el modelo del certificado internacional que comprende las partes I: "causa de defunción a), b) y c)" y la II "otros estados patológicos no relacionados con la enfermedad principal o básica". Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión.</p> <p><b>Nota:</b> Como médico certificante o tratante, autorizo a los hospitales y/o establecimientos de salud a los que haya acudido el finado para tratamiento o diagnóstico, que se otorguen a la compañía aseguradora que lo requiera, los informes que se refieran a la evolución de su salud, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores y resultados de estudios de laboratorio y gabinete. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original.</p>		

## FORMULARIO MEDICO

# 2<sup>da</sup>

## Parte

Se deberá indicar causas de la defunción, intervalos entre inicio de la enfermedad y el fallecimiento, de acuerdo con el modelo del certificado de defunción

Datos del médico que atendieron al asegurado		
Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s))		
Domicilio, Ciudad y Estado		
Teléfono	RFC	Cédula de Especialidad
Certificado del consejo de especialidad	Cédula dirección general de profesiones	
Lugar	Fecha	
Firma del médico tratante		



# Declaración de testigos

## Aviso

Antes de proceder a llenar esta declaración, rogamos lean con atención y cumplan estrictamente las siguientes instrucciones especiales, teniendo cuidado de revisar que todas las preguntas hayan sido correctamente contestadas.

## Instrucciones Especiales

La declaración debe hacerla una persona legalmente capaz que haya conocido al asegurado, que no tenga interés alguno en la reclamación y que esté dispuesta a ampliar su testimonio, en caso de ser necesario, ante la aseguradora.

Este formato deberá ser llenado con letra de molde y las preguntas deberán ser contestadas de manera clara y precisa. Será necesario que dos personas llenen cada una la declaración de testigos.

## Datos Generales del Testigo

Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s))

Domicilio (calle, número y colonia, ciudad, estado, C.P.)

Teléfono

Fecha

Firma

## Datos Generales del Finado

Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s))

Domicilio (calle, número y colonia, ciudad, estado, C.P.)

Ocupación

## Antecedentes

Cuánto tiempo conoció al finado

Tipo de relación sostenida con el finado

## Médicos que atendieron al Finado

1.-Nombre

Causas de la muerte

Usted vio el cadáver

Si

No

Fecha de la defunción

Lugar y fecha de la inhumación/cremación

¿Le consta que el cadáver de la persona asegurada es la identificada por usted como fallecida con el nombre y apellido arriba indicados?  Si  No

Si la muerte fue violenta, indique qué autoridad tomó conocimiento del hecho

# DECLARACIÓN DE TESTIGOS



## ¿Quién puede ser testigo?

La declaración debe hacerla una persona legalmente capaz que haya conocido al Asegurado, no debe tener interés alguno en la reclamación (**no puede ser el beneficiario ni un agente**; puede ser un amigo o familiar).

# 2

Se debe de integrar **2 formatos, incluyendo copia de la identificación** de los testigos por siniestro reclamado.

# PÓLIZA

- ▶ Se deberá de realizar la entrega del carátula de la póliza a reclamar
- ▶ En caso de no contar con ella , el Agente, Financial Planner, podrá solicitarla por medio del correo de [soportefp@skandia.com.mx](mailto:soportefp@skandia.com.mx)
- ▶ El beneficiario en caso de no contar con la misma, deberá anexar carta firmada por todos los beneficiarios explicando el motivo por el cual no cuentan con la póliza o solicitar la carta al correo de [siniestros@skandia.com.mx](mailto:siniestros@skandia.com.mx) (esta ultima es una por beneficiario)

**DATOS GENERALES**

**NOMBRE DEL TITULAR:** VERONICA PIÑON TERRAZAS

**META DE AHORRO:** Sueños

**PROGRAMA DE APORTACIONES**

Usted ha adquirido un producto de seguro con componente de ahorro, donde el programa de aportaciones es administrado bajo el Fideicomiso 602 constituido en Skandia Life, S.A. de C.V. División Fiduciaria. Tenga en cuenta la siguiente información:

**Plazo de Aportaciones (meses):** 60

**Aportación Mensual Comprometida:** 3,000.00

**Moneda:** Pesos Mexicanos

La vigencia de la Póliza continuará siempre y cuando usted cumpla con su programa de aportaciones (aportaciones comprometidas más el plazo señalado en el presente documento) y no solicite la cancelación. La vigencia de 3 años hace referencia a un seguro temporal que se renueva de forma automática al llegar a este plazo.

**Nota:** Skandia NO se hace responsable por pagos en efectivo, cheque o transferencia efectuados en favor de persona alguna. En caso de hacerlo en efectivo, favor de hacerlos directamente en las cuentas bancarias que le son informadas en [https://www.skandia.com.mx/wk/docs/guias/guia\\_depositos\\_Internet\\_Life.pdf](https://www.skandia.com.mx/wk/docs/guias/guia_depositos_Internet_Life.pdf); con cheque a nombre de Skandia Life, S.A. de C.V., con la leyenda "para abono en cuenta del beneficiario", o bien solicitar el servicio de domiciliación.

**CARGOS APLICABLES**

El cargo aplicable a su contrato para el pago de la prima de seguro estipulada en la póliza es el que se desglosa a continuación:

- **Por Mantenimiento.** Un cargo de hasta 0.1667% mensual mismo que será descontado sobre el valor del Fondo Individual en Administración. Este cargo será del 0.0667% a partir del momento del cumplimiento del plazo y el monto (Programa de Aportaciones) estipulado en el Formato de Adhesión al Fideicomiso.

## DOCUMENTOS EN ORIGINAL



01

ACTA DE DEFUNCIÓN DEL  
TITULAR

02

ACTA DE NACIMIENTO DEL  
TITULAR

03

ACTA DE MATRIMONIO

04

ACTUACIONES MINISTERIALES

05

ACTA DE NACIMIENTO DEL O LOS  
BENEFICIARIOS

06

ACTA DE DEFUNCIÓN DEL ALGUN  
BENEFICIARIO

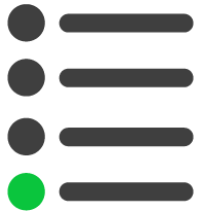
07

INSTRUMENTOS NOTARIALES,  
SENTENCIAS, DOCUMENTOS  
JURÍDICOS

08

CARTAS LIBRE ESCRITO, FORMATOS  
EMITIDOS POR SKANDIA

Los documentos mencionados deberán ser entregados a la compañía en **copia certificada**, es decir, en **original**, y permanecerán bajo resguardo de la empresa por lo que no tienen carácter devolutivo.



# DOCUMENTOS EN COPIA SIMPLE



La documentación en copia deberá presentarse con el cotejo realizado por el FP o el Agente que reciba la información. Dicho cotejo deberá incluir la leyenda:

**“Se cotejó contra original”**

La leyenda deberá estar acompañada de la fecha, el nombre completo y la firma de la persona que realiza el cotejo.



## IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR

(credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).



## IDENTIFICACIÓN DEL O LOS BENEFICIARIOS Y TESTIGOS

(credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).



## CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL

(Para aquellos contratos que cuenten con beneficio fiscal PPR y CEA).



## CONSTANCIA CURP DE LOS BENEFICIARIOS

(Formato con vigencia no mayor a 3 meses).



## COMPROBANTE DE DOMICILIO

(Vigencia no mayor a 3 meses).



## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

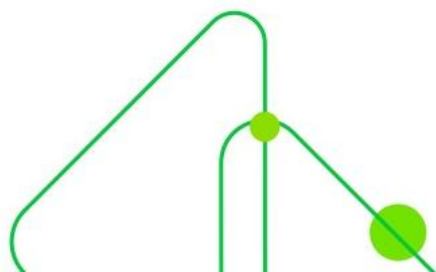
(documento con el que se tramita el acta de defunción).

## SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

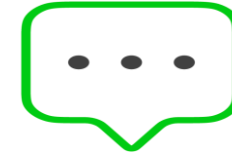
La solicitud de documentación adicional podrá realizarse en aquellos casos en los que se requiera una validación más exhaustiva. Esta medida no aplica a todas las pólizas, sino únicamente a aquellas que lo ameriten por sus características particulares

### “LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO” (LSCS)

“**Artículo 69.**- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”



# ¿QUÉ HACER CUANDO?..



## El beneficiario es menor de edad

La solicitud de pago la deberá firmar el padre y la madre o en su defecto, la persona que ejerza la patria potestad de acuerdo con el documento legal que así lo acredite.

## El beneficiario se encuentre médicamente incapacitado

Se deberá tramitar un **Juicio de Interdicción**. Este trámite deberá ser presentado a la compañía, adjuntando la historia clínica y los estudios médicos realizados. Además, el responsable legal deberá completar los formatos de la solicitud de reclamación y anexar una copia simple de su identificación oficial vigente.



## FASES DEL TRÁMITE



El primer paso es enviar la documentación completa en un **solo archivo en formato PDF** al correo [siniestros@skandia.com.mx](mailto:siniestros@skandia.com.mx).



El área de siniestros verificará que el expediente se encuentre completo



Se solicitará el envío del expediente en original y físico en nuestro corporativo

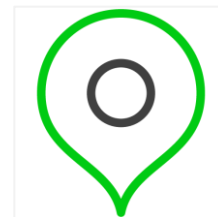


Es indispensable contar con la documentación completa y en original, de lo contrario, no se podrá dar inicio al trámite de reclamación

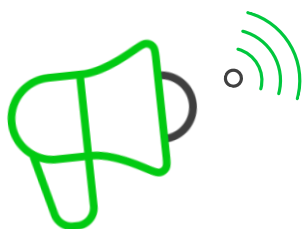


## ENTREGA FISICA DE ORIGINALES

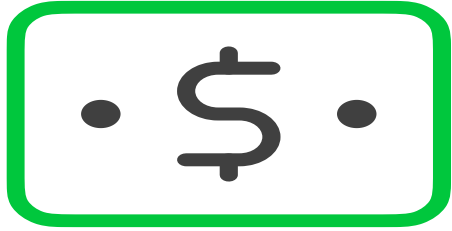
Se deberán enviar los documentos originales en físico a la siguiente dirección: **Calle Ferrocarril de Cuernavaca 689, PB, Ampliación Granada, Miguel Hidalgo, 11529, CDMX, con atención exclusiva al Área de Siniestros, Skandia México.**



Envió  
**exclusivo**  
al área de  
**SINIESTROS**



El área de Siniestros no está facultada para la generación de guías de envío



# FORMAS DE PAGO

- ◻ Se realiza el pago a la cuenta bancaria del beneficiario
- ◻ Se requiere copia del **estado de cuenta**



- ◻ Se emite a nombre del beneficiario designado
- ◻ **Únicamente se entrega en Corporativo Skandia** ubicado en CDMX

## TRANSFERENCIA BANCARIA



## MIGRACIÓN A UN CONTRATO CON SKANDIA

- ◻ Se realiza el pago al contrato que tenga el beneficiario con Skandia
- ◻ Se requiere **Formato Migración**, solicitar a ([siniestros@skandia.com.mx](mailto:siniestros@skandia.com.mx))

## CHEQUE



# CUESTIONARIO MÉDICO

## Importante indicar

- Tipo de padecimiento o procedimiento quirúrgico
- **Tratamiento, fecha de inicio y estado actual**
- Actividades de alto riesgo

renunciado a su derecho de revocar su designación en términos del artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Edad:59

Estatura:1.61

Peso:71

### CUESTIONARIO MEDICO

(Seleccione sólo una opción e indique con una X su respuesta)

1. ¿Ha padecido alguna enfermedad física o mental por la cual haya sido incapacitado, incluso haya sido hospitalizado? Sí

2. ¿Ha sentido / sufrido o ha sido diagnosticado:

a) Infarto al miocardio, hipertensión, soplo cardiaco u otra enfermedad cardiovascular No

**b) Cáncer, tumor, leucemia u otra enfermedad sanguínea Sí**

**c) Hepatitis, enfermedad del hígado, aparato digestivo, riñones, aparato urológico (incluyendo próstata) o ginecológico (incluye alteraciones a las mamas). Sí**

d) Diabetes, colesterol alto, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, asma u otra enfermedad respiratoria crónica. No

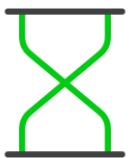
e) Epilepsia, derrame o infarto cerebral, parálisis u otra enfermedad del sistema nervioso No

f) Alguna otra enfermedad física y/o mental no mencionada. No

3. Si alguna de las respuestas anteriores fue afirmativa, por favor proporcione la siguiente información

ENFERMEDAD/LESIÓN	FECHA DE INICIO	TIPO TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL
Apendice	01/01/2000	Apendicectomia Sin Complicaciones	Sana
Cancer De Mama	01/04/2014	Cirugia Y Quimioterapia	2024 Alta Definitiva Solo En Revision
Miomas	01/01/2001	Histerectomia Sin Complicaciones	Sana

4. ¿En alguna propuesta de seguro de vida ha sido declinado, diferido o aceptado en condiciones especiales? En caso de respuesta afirmativa, favor especificar: No



# TIEMPOS DE OPERACIÓN

## Documentación completa

- Duración estimada de **hasta 30 días naturales** a partir de que se completa da documentación

## Confirmación de pago

- Se realiza en el envío de finiquitos a los beneficiarios
- Se genera llamada de servicio al beneficiario



## VALIDACIÓN DE DATOS DE SINIESTROS

- **SA > mayor \$500,000\***
- **Permanencias >24 meses**
- **Inconsistencias en las declaraciones**



## Liquidación de fondos

- Tiempo estimado es de **3 a 7 días hábiles**, depende del portafolio

## Vo.Bo. De Reaseguro

- Se valida la procedencia del Siniestros
- Tiempo de valoración **1 día hábil**

## Emisión de Pago

- Se manda el pago con Tesorería, **2 a 3 días hábiles**

# “NO LO OLVIDES...”



**Solo** se brinda información a beneficiarios registrados, agentes o FP



El plazo máximo de resolución es de **30 días naturales**, si no se requiere documentación adicional.



El monto final se informa por carta finiquito tras la venta del portafolio.



La documentación **queda en resguardo** para auditorías y la CNSF.



El trámite inicia al recibir la **documentación completa** en el corporativo.



El pago depende de la liquidez de los fondos de inversión..

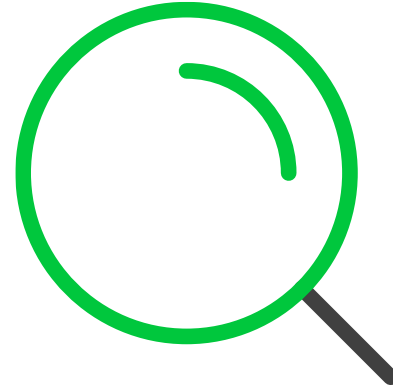


**Si hay más de una póliza**, se requiere un expediente por cada una.



El área de siniestros **no puede** modificar ni reproducir documentos.





SE REQUIERE MAYOR VALIDACIÓN

**CASOS RELEVANTES**



## Ejemplo 1:

FECHA INICIO VIGENCIA:	24/06/2021
FECHA DE FALLECIMIENTO:	11/12/2021
VIGENCIA	5 MESES DE VIGENCIA
CAUSA FALLECIMIENTO:	EDEMA PULMONAR AGUDO, NEUMONIA VIRAL BILATERAL, COVID 19
APORTACIÓN	\$8,500.00
SUMA ASEGURADA	\$1,957,500.00

○▶ No se entregó Historial Clínico

○▶ Suma Asegurada que excede **\$500,000.0 MXN.**

○▶ Vigencia de la **póliza >24 meses**

○▶ Causa de fallecimiento

○▶ Suma Asegurada que excede **\$500,000.0 MXN.**

○▶ Vigencia de la **póliza >24 meses**

○▶ Causa de fallecimiento

## Ejemplo 2:

FECHA INICIO VIGENCIA:	14/10/2021
FECHA DE FALLECIMIENTO:	02/01/2022
VIGENCIA	2 MESES DE VIGENCIA
CAUSA FALLECIMIENTO:	SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO GRAVE, COVID - 19 CONFIRMADO 11 DIAS
APORTACIÓN	\$ 10,000.00
<u>SUMA ASEGURADA</u>	<u>\$ 1,380,000.00</u>

## Ejemplo 1:

FECHA INICIO VIGENCIA:	30/01/2020
FECHA DE FALLECIMIENTO:	22/02/2020
VIGENCIA	<b>23 DÍAS DE VIGENCIA</b>

CAUSA FALLECIMIENTO: SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA 5 HORAS, DERRAME PLEURAL 2 DÍAS, **CANCER GASTRICO 36 DÍAS**

**MOTIVO DE RECHAZO** TOMANDO COMO REFERENCIA LA FECHA DE INICIO DEL DIAGNOSTICO (CANCÉR GASTRICO) **EL 4 DE ENERO DE 2020** A LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA **EL 30 ENERO DE 2020**, TRANSCURRIERON **50 DÍAS** DEL DIAGNÓSTICO, MOTIVO POR EL QUE SE CONSIDERA IMPROCEDENTE EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO, TODA VEZ QUE, NINGUNA DE LAS ENFERMEDADES PADECIDAS POR LA ASEGURADA, FUERON DECLARADAS A ESTA INSTITUCIÓN PARA SU VALORACIÓN EN LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO,

APORTACIÓN	1,500.00	\$
SUMA ASEGURADA		\$
<b>RECHAZADA</b>	<b>517,500.00</b>	

## Ejemplo 2:

FECHA INICIO VIGENCIA:	25/01/2021
FECHA DE FALLECIMIENTO:	20/02/2021
VIGENCIA	<b>26 DÍAS DE VIGENCIA</b>

CAUSA FALLECIMIENTO: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 3 DIAS NEUMONIA VIRAL ESPECIFICADA 7 DIAS COVID 19 15 DIAS, DIABETES MELLITUS TIPO DOS DESCONTROLADA 12 AÑOS, HIPERTENSION SISTEMICA 9 AÑOS.

**MOTIVO DE RECHAZO** CLIENTE DECLARA PADECIMIENTO DE DIABETES A LA APERTURA DEL CONTRATO, SIN EMBARGO, NO DECLARA EL PADECIMIENTO DE HIPERTENSIÓN CON 9 AÑOS DE DIAGNÓSTICO Y LA AMPUTACIÓN DEL PIE DERECHO OCASIONADA POR DIABETES, MOTIVOS POR EL QUE SE RECHAZA EL PAGO DE LA SA AL NO DECLARARLO ANTE LA INSTITUCIÓN

APORTACIÓN	2,000.00	\$
SUMA ASEGURADA		\$
<b>RECHAZADA</b>	<b>149,040.00</b>	

## Ejemplo 3:

FECHA INICIO VIGENCIA: 27/10/2022

FECHA DE FALLECIMIENTO: 11/12/2022

VIGENCIA 1 MES DE VIGENCIA

CAUSA FALLECIMIENTO: PARTE I: A) INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, 15 MINUTOS.- B) COR PULMONALE, 21 DÍAS.- C) **CÁNCER DE COLON METASTASICO, 5 AÑOS**

### MOTIVO DE RECHAZO

REPORTA CIRUGIA DE COLON CON COLOSTOMIA EN EL AÑO 2017, SIN EMBARGO, SE CONSIDERA UNA INEXACTA DECLARACIÓN PUESTO QUE EL ASEGURADO, NO INFORMA EL NOMBRE DE LA ENFERMEDAD Y SE DECLARA CON UN ESTADO DE SALUD BUENO

APORTACIÓN \$ 3,000.00

SUMA ASEGURADA **RECHAZADA** \$ 369,600.00

Suma Asegurada. Advertencia B) En caso de que algún Beneficiario haya sido designado en forma irrevocable, el Asegurado habrá renunciado a su derecho de revocar su designación en términos del artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Edad: **66** Estatura: **1.80** Peso: **82**

### CUESTIONARIO MEDICO

(Seleccione sólo una opción e indique con una X su respuesta)

- ¿Ha padecido alguna enfermedad física o mental por la cual haya sido incapacitado, incluso haya sido hospitalizado? **No**
- ¿Ha sentido / sufrido o ha sido diagnosticado:
  - a) Infarto al miocardio, hipertensión, soplo cardiaco u otra enfermedad cardiovascular **No**
  - b) Cáncer, tumor, leucemia u otra enfermedad sanguínea **Si**
  - c) Hepatitis, enfermedad del hígado, aparato digestivo, riñones, aparato urológico (incluyendo próstata) o ginecológico (incluye alteraciones a las mamas). **No**
  - d) Diabetes, colesterol alto, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, asma u otra enfermedad respiratoria crónica. **No**
  - e) Epilepsia, derrame o infarto cerebral, parálisis u otra enfermedad del sistema nervioso **No**
  - f) alguna otra enfermedad física y/o mental no mencionada. **No**

3. Si alguna de las respuestas anteriores fue afirmativa, por favor proporcione la siguiente información

ENFERMEDAD/LESIÓN	FECHA DE INICIO	TIPO TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL
<b>COLON</b>	<b>19/10/2017</b>	<b>CIRUGIA DE COLON CON COLOSTOMIA</b>	<b>BUENO</b>

4. ¿En alguna propuesta de seguro de vida ha sido declinado, diferido o aceptado en condiciones especiales? En caso de respuesta afirmativa, favor especificar: **No**

FECHA DE SOLICITUD	ASEGURADORA	ESTADO SOLICITUD (DECLINADA, ACEPTADA, OTRA)

5. ¿Ha recibido asesoría, terapia o tratamiento por el consumo de alcohol o cualquier otra droga psicoactiva? **No**  
En caso de que la respuesta sea afirmativa indique su frecuencia:



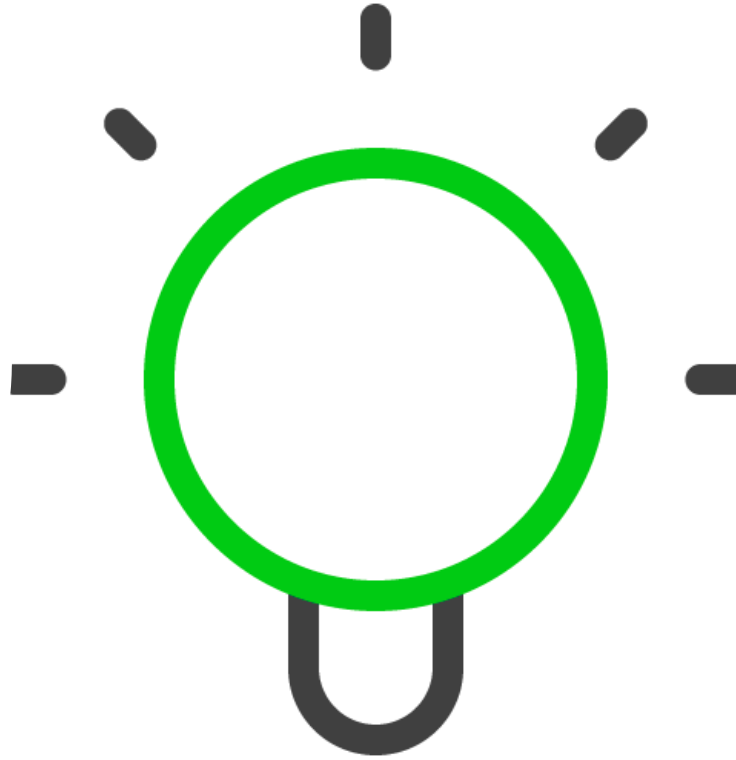
SAMI  
**SINIESTROS**



**55 1536 5220**



**Agrévalo**



**¡PREGUNTAS, DUDAS, COMENTARIOS!...**



**!GRACIAS Y ÉXITO!**

