SINIESTROS

skandia

CANALES PARA REPORTAR UN SINIESTRO

skandia

01 **Call Center**
Área metropolitana (55)50930220 ext. 1206

02 **Correo electrónico**
siniestros@skandia.com.mx

03 **En Corporativo Skandia**
ubicado en la CDMX

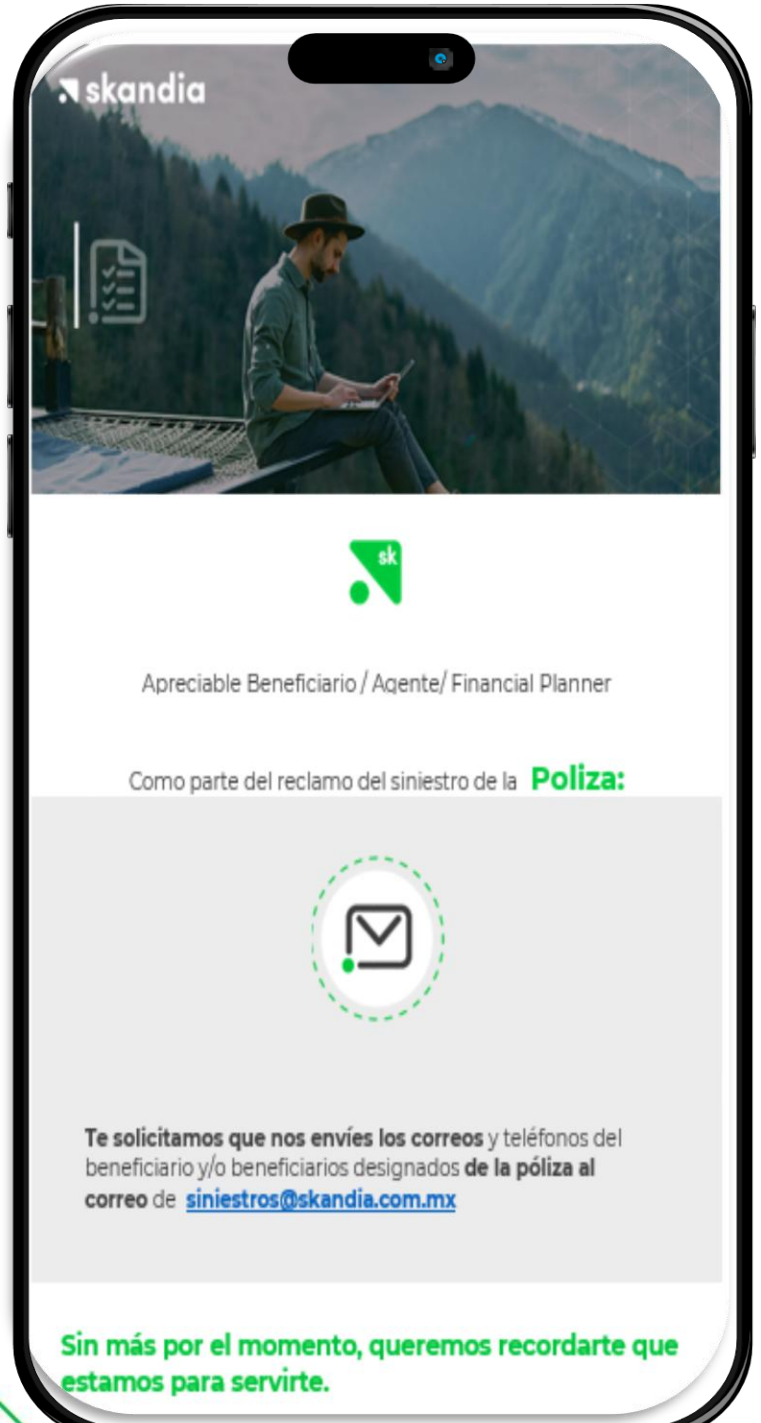
skandia

¿CUÁNDO INICIA EL PROCESO DE RECLAMACIÓN?

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

skandia

SIN DATOS DE CONTACTO



CON DATOS DE CONTACTO

POR DESCUBIR...

skandia

CHECK LIST

- Vida Individual
- Crea Futuro
- Invalidez Total y permanente

01

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN

02

FORMATO DE TRANFERENCIA POR FALLECIMIENTO/ INVALIDEZ

03

04

FORMULARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO /INVALIDEZ

05

DECLARACIÓN DE TESTIGOS (solo aplica en Crea Futuro)

- GUIA DE APOYO
- FORMATO DE REGISTRO DE HUELLA

...

skandia

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

skandia

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 caractersticas

► **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 esta 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.

skandia

VIDA INDIVIDUAL

skandia

Anexo

Documentación general requerida a beneficiarios

Póliza Número:

Titular:

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

Oficinas Corporativas Skandia
Ferrocarril de Cuernavaca – 689 PB |Col. Granada, Miguel Hidalgo
C.P.11529 | Cd. de México **Teléfonos:** (55) 5093 0220 - 800 0217 569
www.skandia.com.mx

Solicitud de reclamación de beneficiario(s)

Los datos a que se refiera esta forma deberan 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 | Fechade 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

Página 4 de 11

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN

skandia

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”.

skandia

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

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

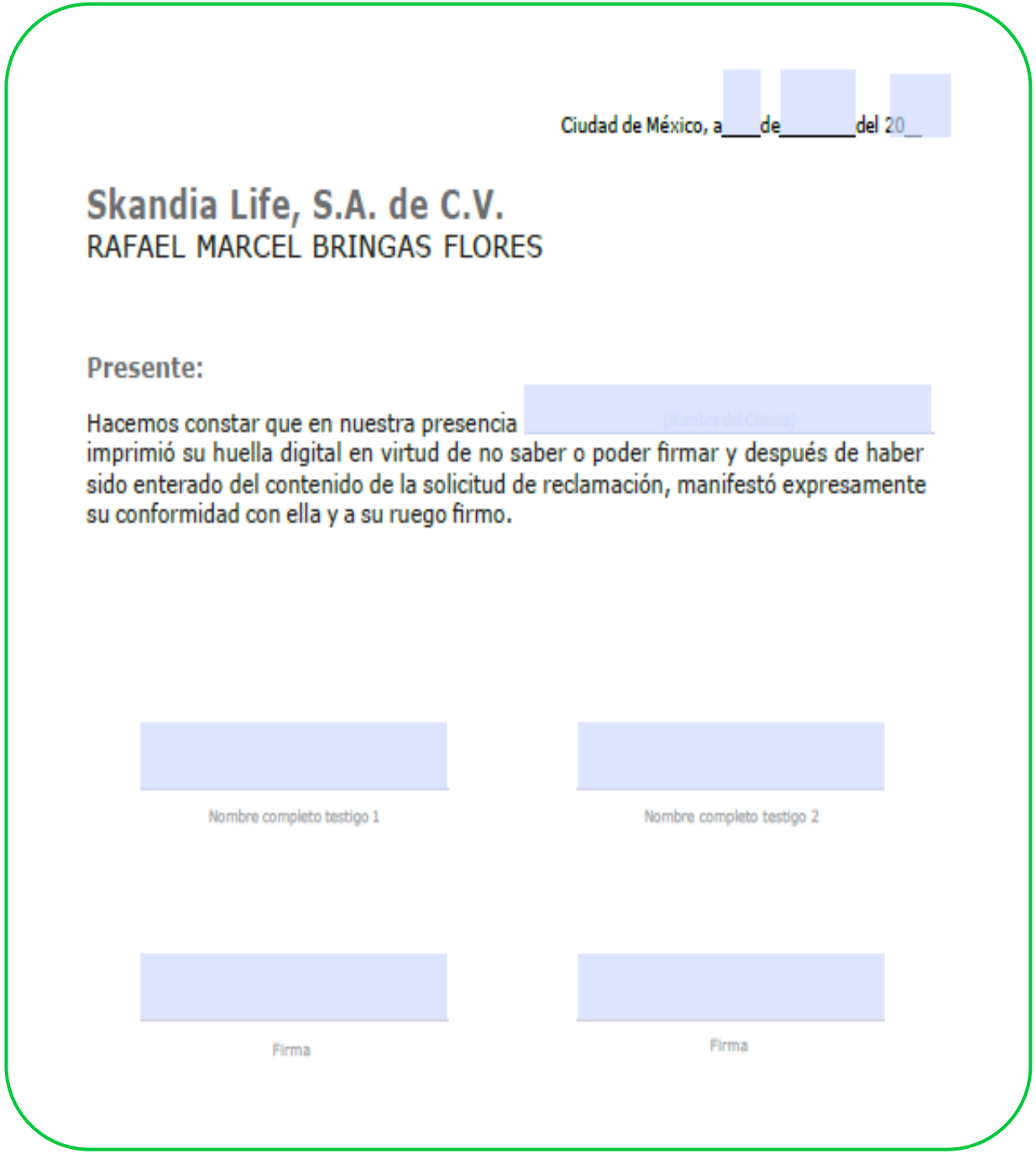
Los datos de los beneficiarios deben proporcionarse de forma clara y completa, indicando **teléfono y correo electrónico** para futuras notificaciones (**firmas autógrafas**)

skandia

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

skandia

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, manifestó 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 extendio el certificado de 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 ocurrio 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 alcoholicas, drogas u otros tipos de estimulantes o enervantes, etc? Si 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

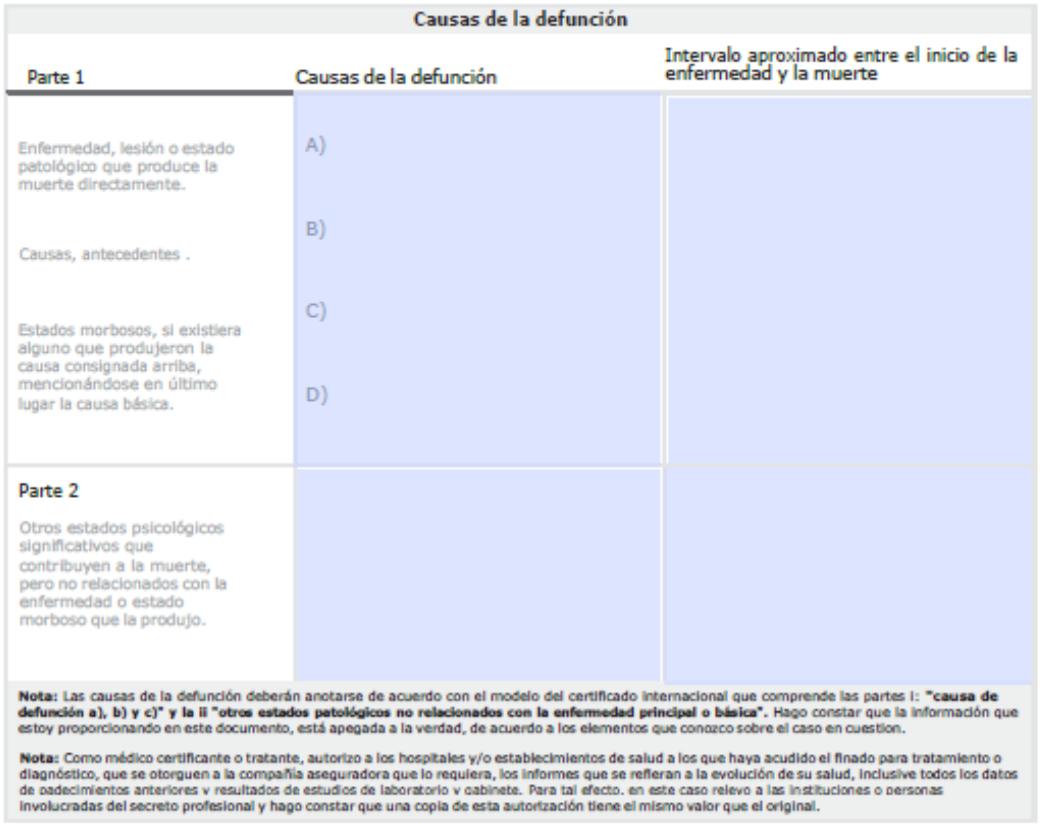
Dirección | Ciudad | Estado

skandia

FORMULARIO MEDICO

1ra Parte

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



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. Causas, antecedentes . Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.	A) B) C) D)	
Parte 2 Otros estados psicológicos significativos que contribuyen a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.		

Nota: 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 cuestion.

Nota: 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 cabinete. 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.

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

skandia

FORMULARIO MEDICO

2da 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

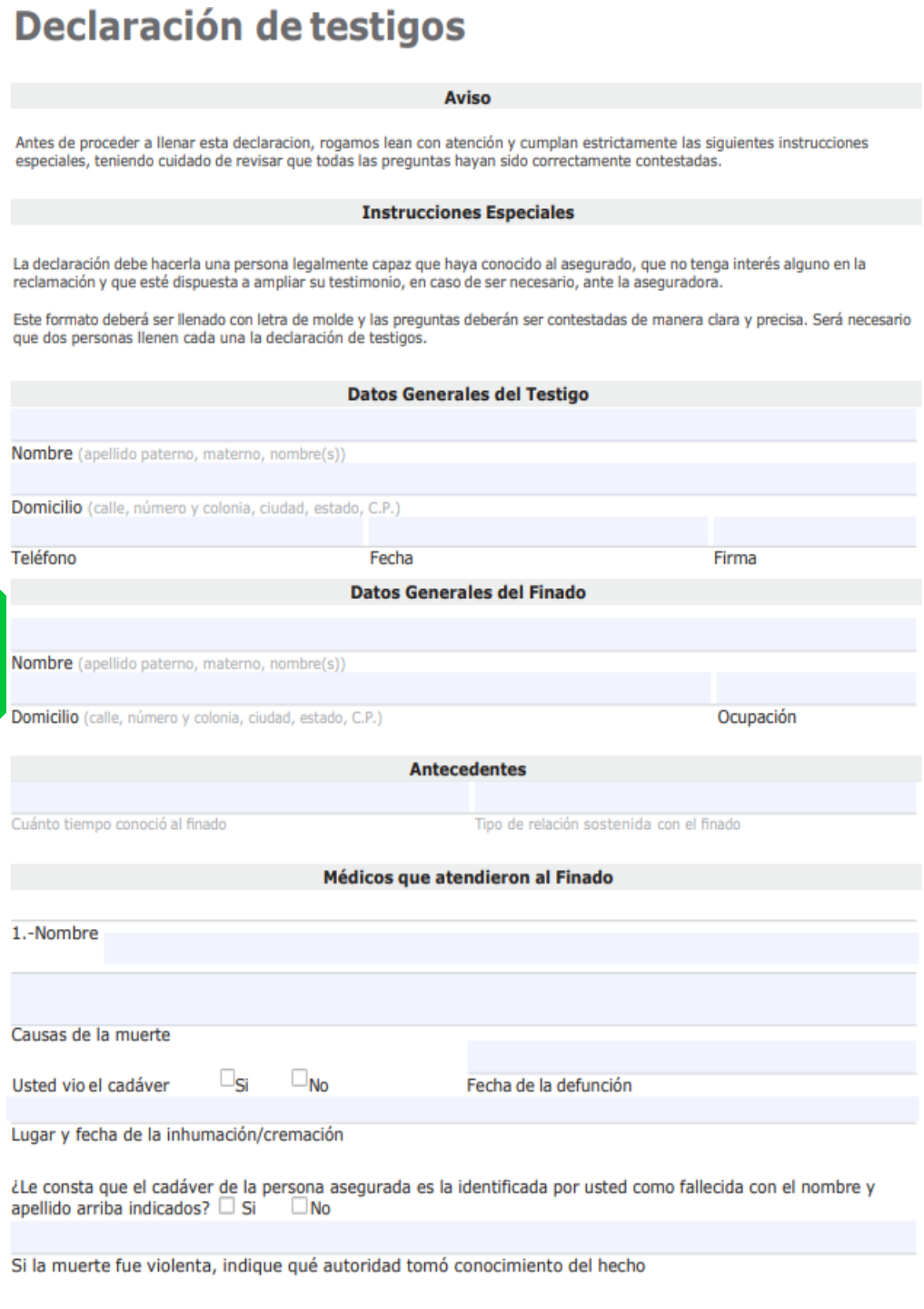
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

El certificado de defunción es el documento con el que se tramita acta de defunción
.

En caso de presentar una copia legible del certificado de defunción, no será necesario completar el formulario médico correspondiente.

Es el indispensable que documento se entregue completo y con buena legibilidad, ya que de lo contrario no podrá ser validado

skandia



Declaración de testigos

Aviso

Antes de proceder a llenar esta declaracion, 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

skandia

¿Quién puede ser testigo?

1

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.

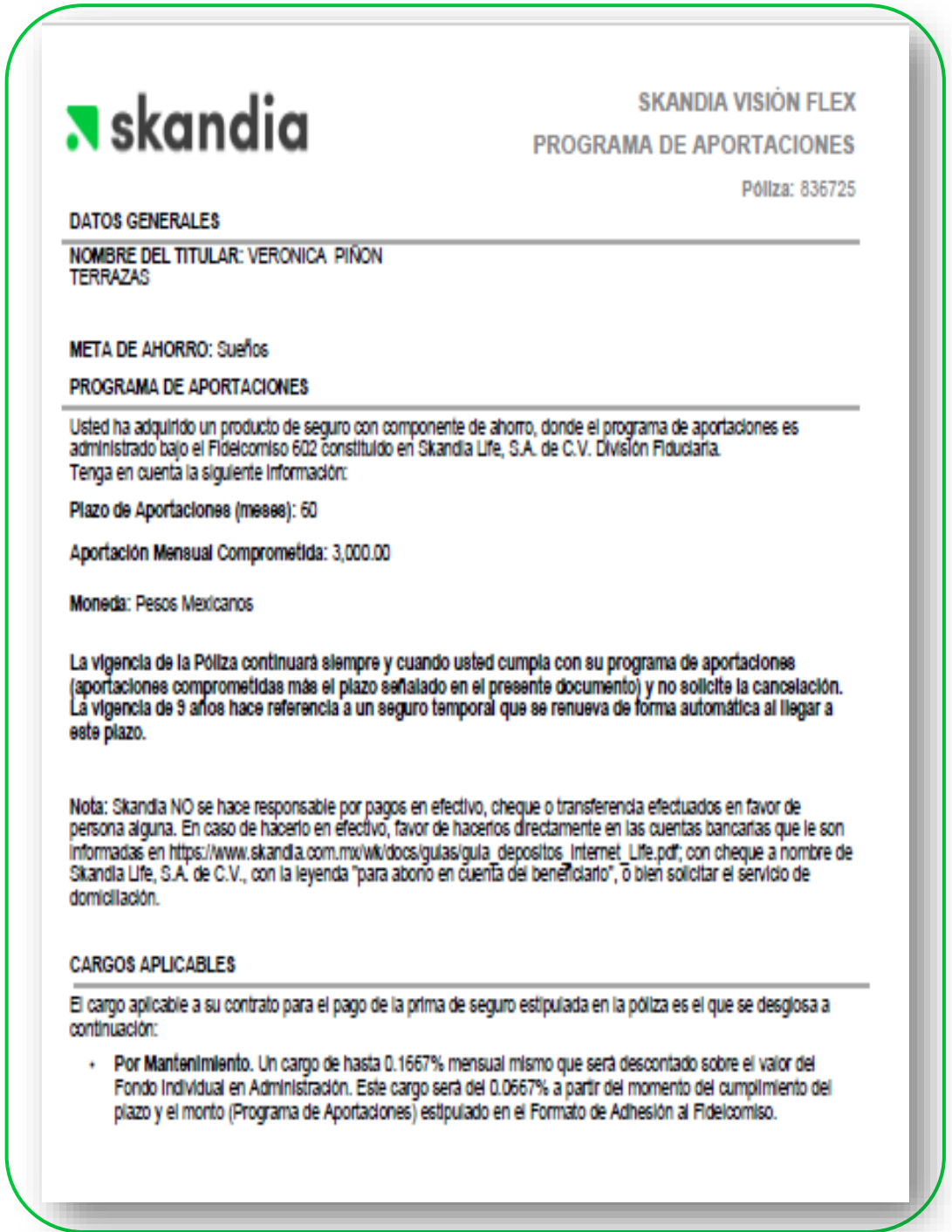
skandia

PÓLIZA

- Se deberá de realizar la entrega del carátula de la póliza a reclamar

- En caso de no contar con ella , el Agente, podrá solicitarla por medio del correo de **servicioagente@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** **(esta ultima es una por beneficiario)**



skandia

SKANDIA VISIÓN FLEX

PROGRAMA DE APORTACIONES

Póliza: 836725

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 9 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; 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.

skandia

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 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).

skandia

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.

skandia

FASES DEL TRÁMITE

El primer paso es enviar la documentación completa en un **solo archivo en formato PDF** al correo 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

skandia

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**.

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

Envió exclusivo al área de SINIESTROS

FORMAS DE PAGO

skandia

TRANSFERENCIA BANCARIA

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

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)

CHEQUE

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

skandia

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

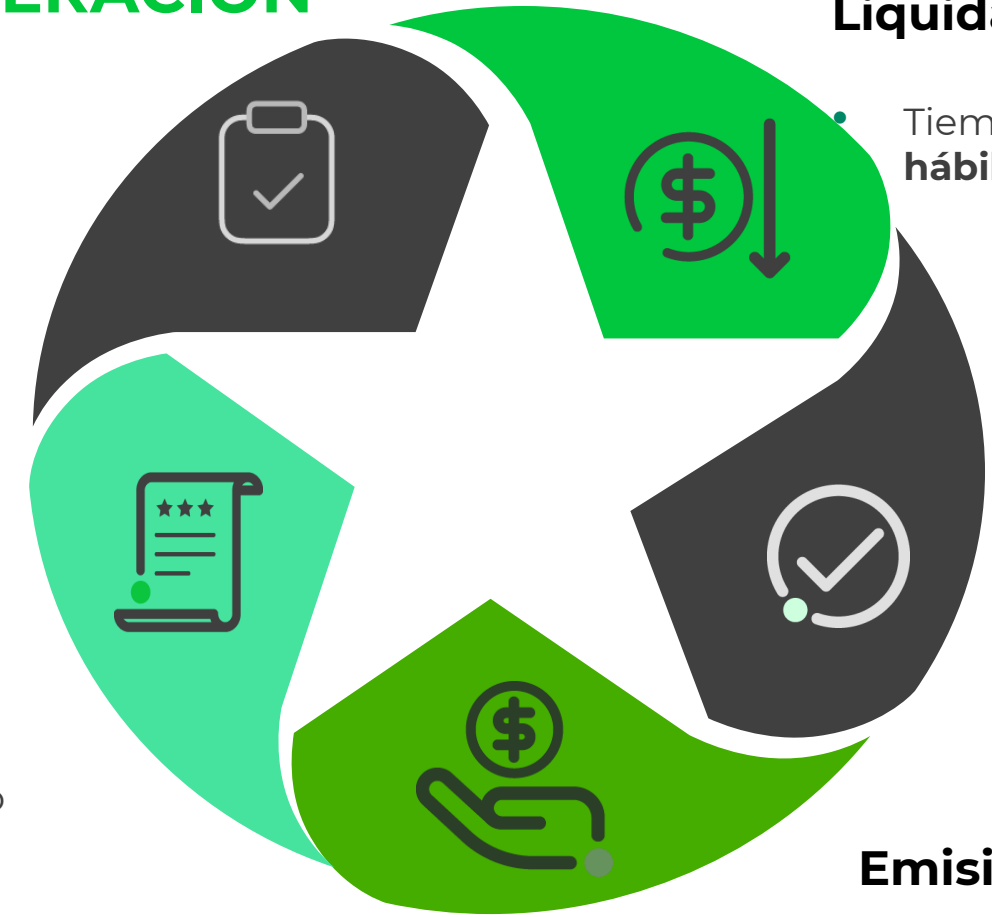
ENFERMEDAD/LESIÓN	FECHA DE INICIO	TIPO TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL
Apendice	01/01/2000	Apendicectomia Sin Complicaciones	Sana
Cancer De Mama	01/04/2014	Cirugia Y Quimioterapia	2024 Alta Definitiva Solo En Revision
Miomas	01/01/2001	Histerectomia Sin Complicaciones	Sana

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



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**

Confirmación de pago

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

Emisión de Pago

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

VALIDACIÓN DE DATOS DE SINIESTROS

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

NO LO OLVIDES...

skandia

- **Solo** se brinda información a beneficiarios registrados, agentes
- 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.

skandia

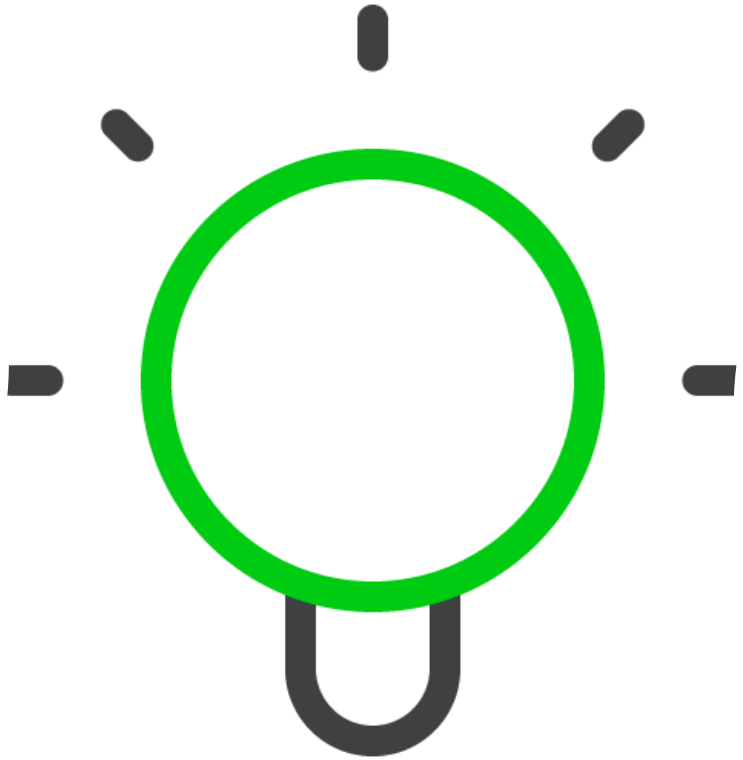
SAMI

SINIESTROS

55 1536 5220

Agrégalo

skandia



¡PREGUNTAS, DUDAS, COMENTARIOS!....

skandia

!GRACIAS Y ÉXITO!