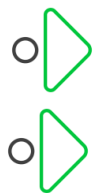


SINIESTROS

 skandia





Descarga de Formatos

Respuestas al instante

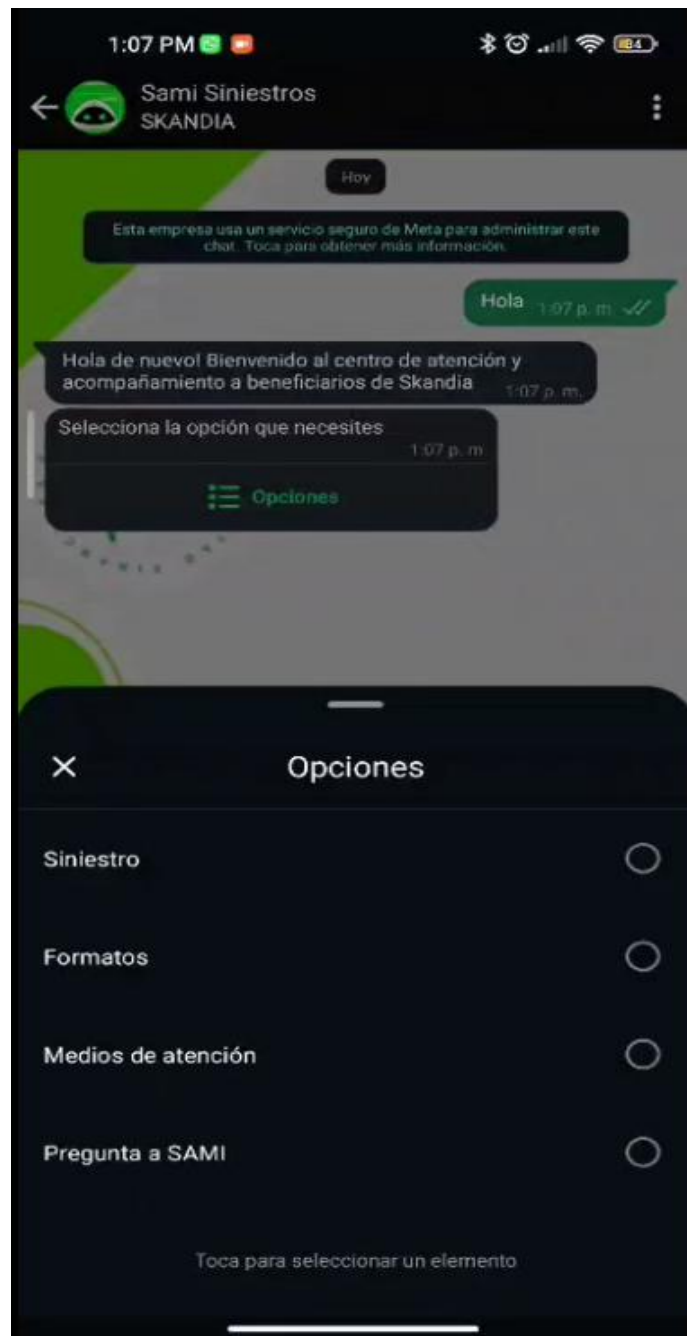


REGISTRALO YA!



5515365220

Importante: Por ahora, Sami está diseñado solo para brindar información y resolver dudas frecuentes



Descubre todo lo que puedes hacer con tu nuevo **AMIGO SAMI SINIESTROS**

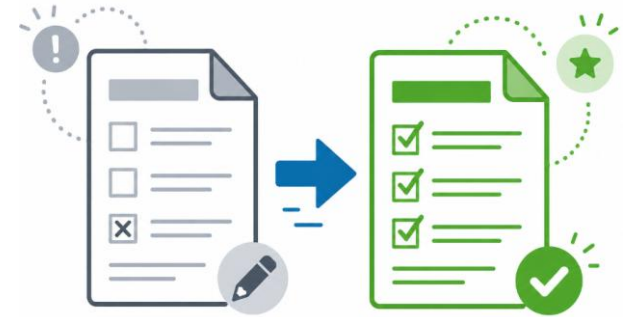


- ▶ Dar continuidad al seguimiento existente
- ▶ Aclarar dudas puntuales
- ▶ Mantener una atención más cercana

Este seguimiento complementa el canal de correo **y no sustituye** los procesos formales.

Línea interna de siniestros
Cel: 5518868407

🔔 Skandia Informa: Actualización en formatos de siniestros



Lineamientos:

- ✓ Únicamente se aceptarán los nuevos formatos para la reclamación de siniestros.
- ✓ Esta actualización aplicará exclusivamente para siniestros nuevos.
- ✓ Procesos en curso continuarán con los formatos vigentes al momento de su ingreso.

¿Dónde los podremos descargar?



CANALES PARA REPORTAR UN SINIESTRO



01

Call Center

Área metropolitana (55)50930220 ext. 1206

02

Correo electrónico

siniestros@skandia.com.mx

03

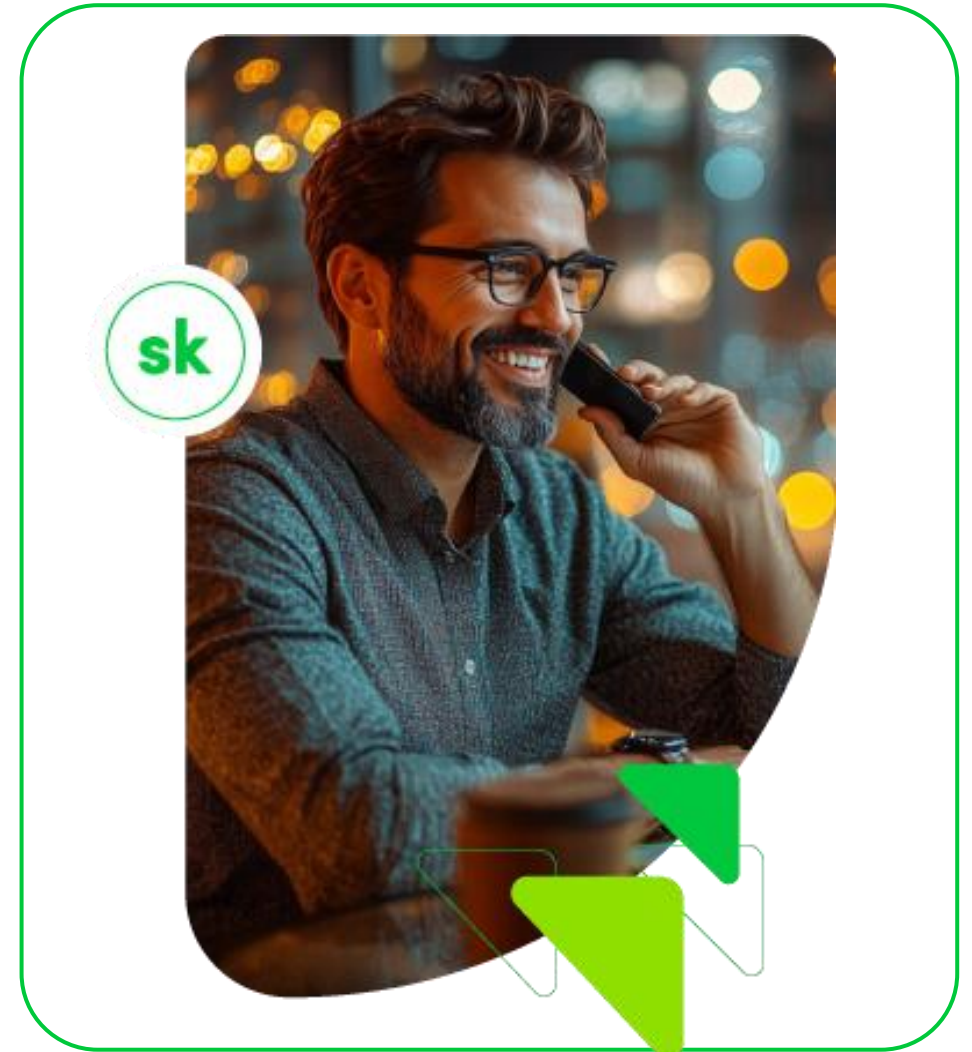
En Corporativo Skandia

ubicado en la CDMX



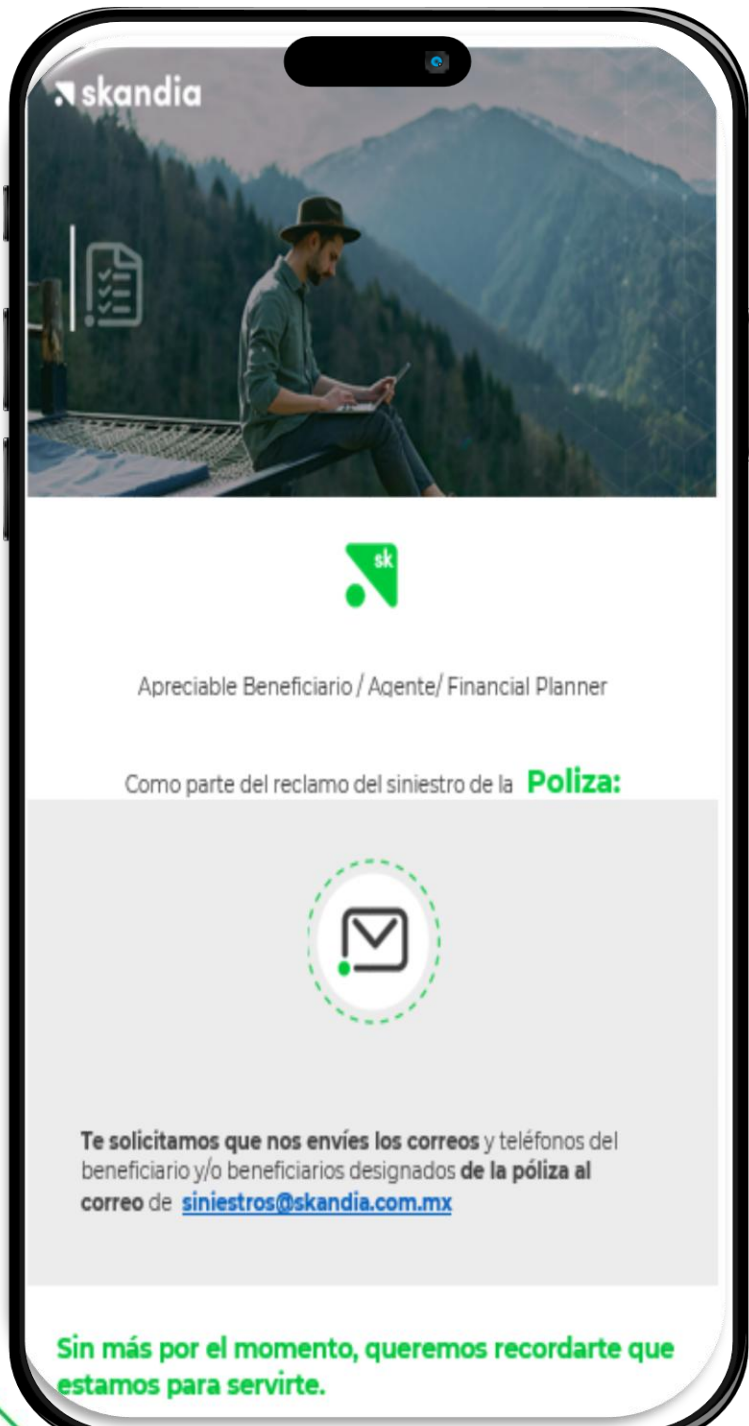
¿CUÁNDO INICIA EL PROCESO DE RECLAMACIÓN?

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

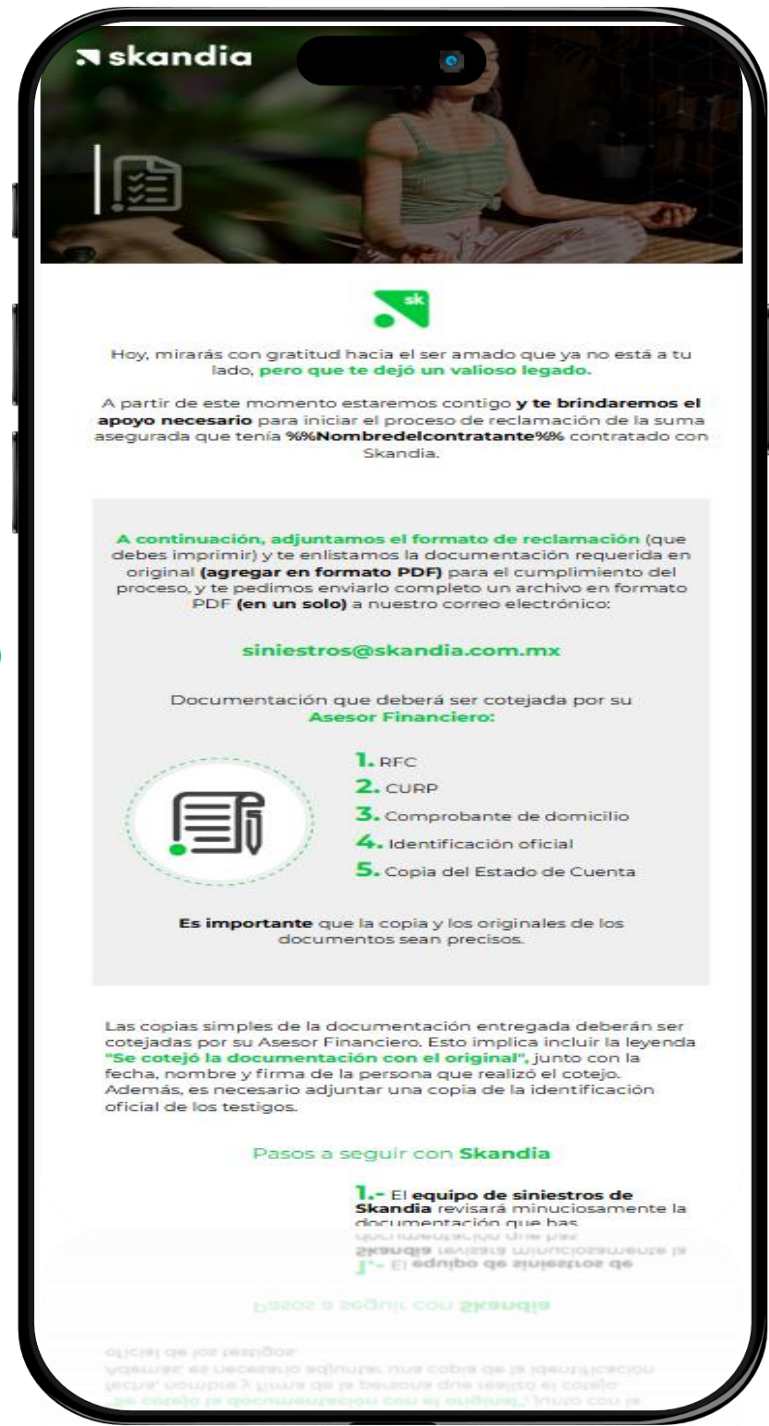




SIN DATOS DE CONTACTO



CON DATOS DE CONTACTO



POR DESCUBIR...



CHECK LIST

- ◁ Vida Individual
- ◁ Crea Futuro
- ◁ 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

...

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).

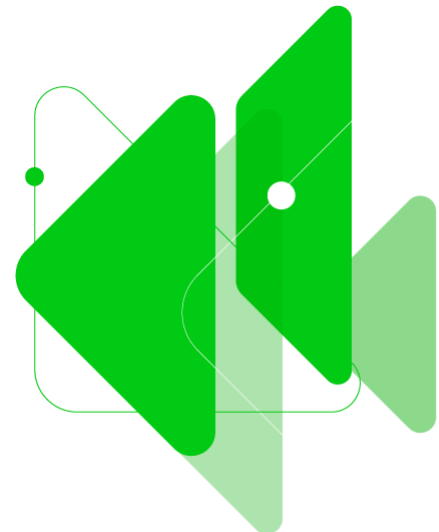


Formato RT-09 emitido por el ISSSTE



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.



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, clínicas, hospitales, a las autoridades judiciales e 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



Apartados obligatorios

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

1

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**)



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**)



PÓLIZA

- 1 Se deberá de realizar la entrega del carátula de la póliza a reclamar
- 2 En caso de no contar con ella , el Agente, podrá solicitarla por medio del correo de servicioagente@skandia.com.mx
- 3 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)

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; 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

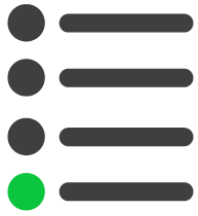
07

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 Financial Planner 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).



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

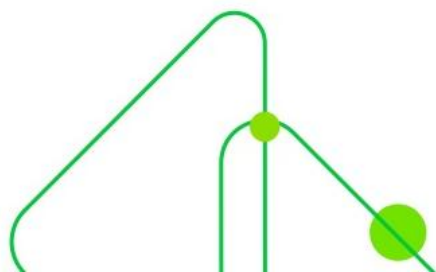
(documento con el que se tramita el acta de defunción).

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.”



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

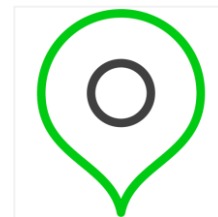


Es indispensable contar con la documentación completa y en original, de lo contrario, no se podrá dar inicio al trámite de reclamación

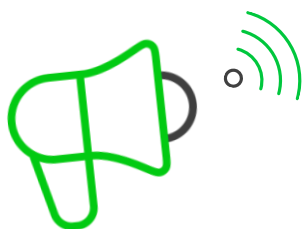


ENTREGA FISICA DE ORIGINALES

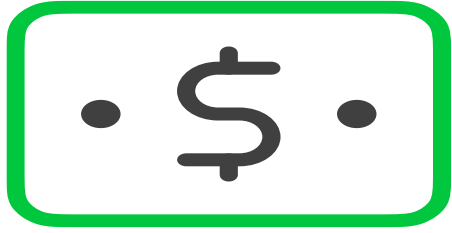
Se deberán enviar los documentos originales en físico a la siguiente dirección: **Calle Ferrocarril de Cuernavaca 689, PB, Ampliación Granada, Miguel Hidalgo, 11529, CDMX, con atención exclusiva al Área de Siniestros, Skandia México.**



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)

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

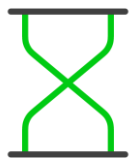
e) Epilepsia, derrame o infarto cerebral, parálisis u otra enfermedad del sistema nervioso No

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

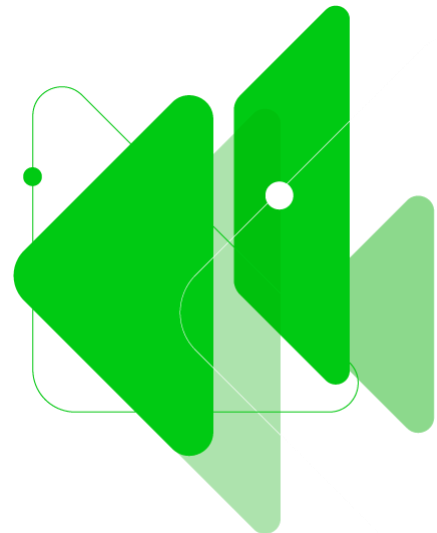
- Se valida la procedencia del Siniestros
- Tiempo de valoración **1 día hábil**

Emisión de Pago

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

CAMBIOS POSITIVOS EN SINIESTROS

- **Eliminación de formatos declaración de testigos**
- **Aceptación de documentos de identidad en copia simple**
- **Formatos más amigables y editables**
- **Lanzamiento de herramienta Sami siniestros para respuestas mas rápidas**



NO LO OLVIDES...



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.



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 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.

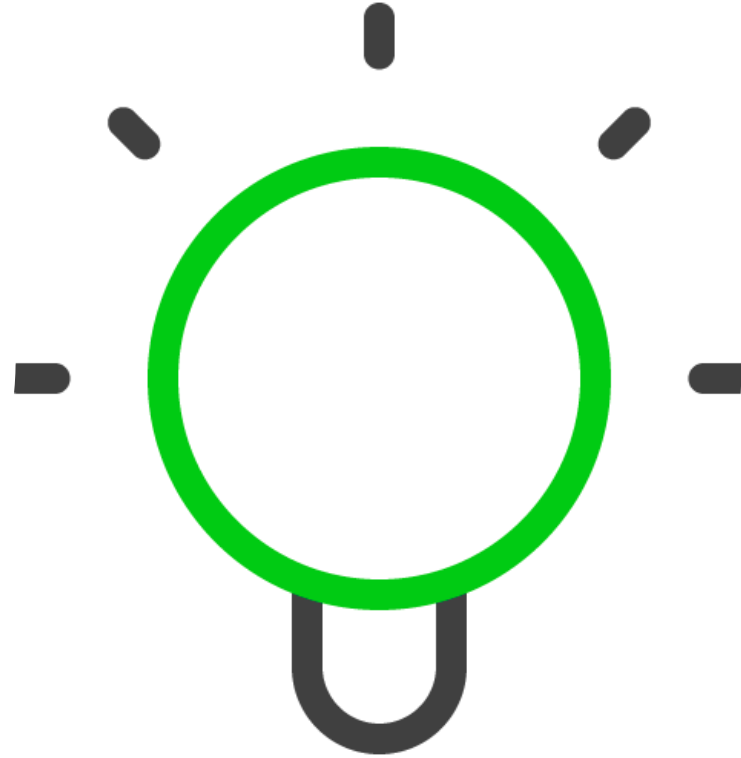


El área de siniestros **no puede** modificar ni reproducir documentos.



Se el beneficiario que se encuentre médicamente incapacitado, Se deberá presentar un **Juicio de Interdicción a sí como** la historia clínica y los estudios médicos realizados.





¡PREGUNTAS, DUDAS, COMENTARIOS!....



!GRACIAS Y ÉXITO!

