

Información de carácter general para el trámite de un siniestro de vida.

Estimado cliente:

Con el afán de brindarle el mejor servicio, le agradeceremos leer esta página de información general y al presentar su reclamación, verifique que se cumpla con todos los documentos que se mencionan para evitar demoras en el pago. Le informamos que todos los trámites relacionados con el pago de su reclamación son gratuitos.

Es importante considerar los siguientes puntos:

- A.** Para la correcta asignación de los porcentajes entre los beneficiarios es necesario que se realicen algunos movimientos entre fondos al contrato del cual está realizando su reclamación. Estos movimientos tienen la finalidad de conjuntar todos los recursos de los diferentes fondos de inversión en uno solo, el cual tiene las características de ser un fondo de deuda con liquidez mismo día.

Por lo anterior, es necesario que cada beneficiario llene y firme el "Formato de transferencia por Fallecimiento" y la adjunte a los documentos que se necesitan para comenzar su reclamación.
- B.** Si algún beneficiario fuera menor de edad, deberá firmar la solicitud de pago el padre y la madre o en su defecto, la persona que ejerza la patria potestad de acuerdo al documento legal que así lo acredite.
- C.** En caso de que los Beneficiarios nombrados hayan fallecido antes que el Asegurado y éste no haya hecho una nueva designación, la suma asegurada se pagará a los herederos legales del Asegurado, por lo que será necesario la exhibición en copia certificada del documento en el que conste la designación de heredero o cargo de albacea.
- D.** Cuando la póliza se pague a los herederos legales del asegurado, el albacea deberá acreditar su nombramiento, así como la aceptación y protesta del cargo conferido, con el documento legal para tal efecto expedido.
- E.** En caso de que algún beneficiario se encuentre médicamente imposibilitado para el ejercicio de sus derechos, será necesario que la persona que lo tenga bajo su cuidado, tramite un Juicio de Interdicción, lo presente a la compañía incluyendo historia clínica y estudios practicados con carácter devolutivo, firme la solicitud de reclamación y anexe copia simple de su identificación oficial y vigente.
- F.** En caso de que el Beneficiario o a quien Ceda el derecho de la póliza y que reclame el pago del seguro no sepa o pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de su dedo pulgar derecho y en su caso, que dos personas firmen a su ruego como testigos. Para esto se puede utilizar el siguiente formato.

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

Anexo

Documentación General Requerida a Beneficiarios

Póliza Número: _____

Fecha de Reclamación: _____

Titular: _____

- ☐ Solicitud de reclamación de Beneficiario (s).
- ☐ Formulario Médico o certificado de defunción.
- ☐ Declaración de testigos.
- ☐ Acta de Defunción (copia certificada).
- ☐ Acta de nacimiento del titular
- ☐ Identificación Titular.
(Original y 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 explicando el motivo.
- ☐ Si algún beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente.
- ☐ Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el beneficiario.
(copia certificada).
- ☐ Acta de Nacimiento de los Beneficiarios (copia certificada).
- ☐ Identificación Beneficiario. (Original y copia de Credencial de elector, Pasaporte o Cédula Profesional).
- ☐ Comprobante de domicilio vigente del beneficiario. (no mayor a 3 meses)
- ☐ RFC del Beneficiario.
- ☐ CURP del Beneficiario.
- ☐ En caso de que el Beneficiario sea alguna persona moral, es necesario presentar Acta Constitutiva (copia certificada) y Poder notarial 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 a la fecha de fallecimiento, con sello y firma.
- ☐ Cuando el beneficiario sea un contrato de Fideicomiso , la solicitud la deberá presentar el banco y adjuntar copia del contrato.
- ☐ En caso de requerir transferencia bancaria es necesaria la copia del Estado de cuenta a nombre del Beneficiario.

☐ Otros:

Beneficiarios de la Póliza o Certificado

Beneficiario	Porcentaje	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

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 _____

Datos del medico 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, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o establecimientos de salud donde fue atendido el asegurado, a que otorguen a Skandia Life S.A. De C.V. Todos los informes que se refieran a la salud de éste, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización, tiene el mismo valor que el original.

Datos de los Beneficiarios

Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s))	Fecha de Nacimiento
-----------------------------------------------	---------------------

Domicilio, Ciudad y Estado	Teléfono
----------------------------	----------

RFC	CURP	E-mail	Nacionalidad
-----	------	--------	--------------

Parentesco	Ocupación	Giro	Firma
------------	-----------	------	-------

Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s))	Fecha de Nacimiento
-----------------------------------------------	---------------------

Nacionalidad	Ocupación a la fecha de Fallecimiento	Antigüedad en la Empresa
--------------	---------------------------------------	--------------------------

RFC	CURP	E-mail	Nacionalidad
-----	------	--------	--------------

Parentesco	Ocupación	Giro	Firma
------------	-----------	------	-------

Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s))	Fecha de Nacimiento
-----------------------------------------------	---------------------

Nacionalidad	Ocupacion a la fecha de Fallecimiento	Antigüedad en la Empresa
--------------	---------------------------------------	--------------------------

RFC	CURP	E-mail	Nacionalidad
-----	------	--------	--------------

Parentesco	Ocupación	Giro	Firma
------------	-----------	------	-------

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 conocio al finado

Tiempo de relaciones sostenidas con el finado

Médicos que atendieron al Finado

Nombre

Nombre

Causas de la muerte

Usted vió 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

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.

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? ☐ 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

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)	
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 cuestión.

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 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.

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

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 del contrato _____ (Nombre del Cliente)
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, manifiesto 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 una solo fondo de inversión de
deuda, conforme a la presente instrucción de transferencia.

Atentamente,

Nombre y Firma del Beneficiario

Oficinas Corporativas Skandia

Ferrocarril de Cuernavaca No. 689, Planta Baja, Col. Ampliación Granada, C.P. 11529, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México.

Teléfonos: (55) 5093 0220 - 800 0217 569

www.skandia.com.mx

Correo Electrónico: instruccionescliente@skandia.com.mx

18:00 hrs

Lunes a Viernes de 08:00 a

En cumplimiento con lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la "Ley"), su Reglamento y Lineamientos, Skandia, S.A. de C.V., (en lo sucesivo "Skandia") con domicilio para oír y recibir todo tipo de notificaciones, el ubicado en Calle Ferrocarril de Cuernavaca número 689, Planta Baja, Colonia Ampliación Granada, Código Postal 11529, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, pone a su disposición su Servicio de Atención al Titular con número telefónico 55 50 93 02 20 o desde el interior de la República Mexicana al teléfono 800 0217 569, manifestando que es el Responsable del uso y protección de sus Datos Personales, y al respecto le informa lo siguiente: Los Datos Personales que Skandia recabará de usted, serán utilizados para los fines detallados en la página www.skandia.com.mx, los cuales en todo momento se buscará junto con las medidas de seguridad establecidas por Skandia, que el Tratamiento de sus Datos Personales sea legítimo, controlado e informado, a efecto de asegurar su privacidad, confidencialidad, integridad y derecho a la autodeterminación informativa.