



# Índice

| 2  |
|----|
| 7  |
| 16 |
| 19 |
| 20 |
| 22 |
| 26 |
|    |

#### I. <u>Describiendo el problema a resolver</u>

El problema que se resuelve con el Plan Espejo es eliminar las objeciones de los patrones al afectar las prestaciones en dinero de la seguridad social al establecer una nómina mixta, ya que le Plan Espejo cubre, con seguros privados para todas las clases de riesgo y a menor costo que la Seguridad Social, a las cantidades pagadas por Plan de Pensión de Subsistencia, los riesgos de Incapacidad Temporal, ya sea por Riesgo de Trabajo o por Enfermedad No Profesional, así como las pensiones por Viudez, Orfandad y Ascendencia, los Estados de Invalidez e Incapacidad Parcial Permanente, la Invalidez Total Permanente y el Fallecimiento del Invalido, con las cuantías de pensión iguales a las del IMSS.

También establece una metodología para Maximizar las pensiones que otorga el IMSS por Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, para las personas que iniciaron a cotizar antes del 1º de Julio de 1997 (ley 73), con lo cual los trabajadores de edad 55 o mayores pueden tener una pensión Mayor o al menos igual a la que tendrían derecho con la remuneración que tenían antes de la entrada en vigor del Plan de Pensión por Subsistencia, siendo este un valor agregado que se encuentra en este Manual y que eventualmente ayuda al cliente o prospecto a reducir o eliminar pasivo laboral.

Son procesos sencillos, siempre y cuando se tenga en cuenta los temas aquí tratados.

### II. <u>Definiciones</u>

Ascendencia: Padre, Madre o ambos de una persona.

**Asegurado**: Cada uno de los miembros del Grupo o Colectividad Asegurada, por los riesgos amparados en la póliza respectiva.

**Accidente de Trabajo**: Se considera accidente de trabajo toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que dicho trabajo se preste.

**Beneficiarios**: La persona o personas designadas por el asegurado que recibirán el beneficio amparado por las diferentes coberturas, en caso de la realización del riesgo.



**Cesantía en Edad Avanzada:** Es la privación del trabajo remunerado del asegurado a partir de los 60 años de acuerdo a la Ley del IMSS.

Contratante: Persona Moral o Física que celebra el contrato.

Empresa Suministradora: Es la pagadora.

**Empresa Suministrada**: Es la empresa cuya nómina es pagada por la empresa suministradora.

**Enfermedad de Trabajo**: Es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. Las enfermedades de trabajo son las consignadas en la Ley Federal del Trabajo.

**Enfermedad No Profesional:** Es todo estado patológico que sin derivarse de la prestación de servicios o de un trabajo, imposibilita o suspende la realización del trabajo.

Fallecimiento: Es la pérdida de la vida.

**Fallecimiento del Inválido**: Si durante la vigencia del certificado algún integrante se invalida o incapacita total y permanentemente quedará asegurado en caso de fallecimiento, sin más pago de primas.

**Grupo Asegurable:** Esta formado por los integrantes en servicio activo y que no se encuentren en un proceso de incapacidad o de invalidez a la fecha de su alta en la póliza de un grupo constituido legalmente. Los integrantes deben de pertenecer a una misma empresa previa e independiente a la celebración del contrato e incluidos en el registro de los asegurados de la póliza.

El Contratante podrá declarar explícitamente aquellos integrantes que no se encuentren en servicio activo o que se encuentren en proceso de incapacidad o de invalidez a la fecha de su alta en la póliza; lo anterior, para que la aseguradora evalúe la posibilidad de incluirlos dentro del Grupo Asegurable y sobre las condiciones en que lo haría.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Incapacidad Parcial Permanente o Invalidez Temporal:** Es aquélla que, sin alcanzar el grado de incapacidad total permanente, ocasiona al trabajador una



disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para la profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma. Cuando es el caso se le otorga al trabajador una pensión provisional por un periodo de adaptación de dos años.

Incapacidad Total y Permanente o Invalidez Definitiva: Es la pérdida o disminución que imposibilitan a una persona a desempeñar su trabajo por el resto de su vida, ya sea por accidente o por enfermedad.

**Incapacidad Temporal o Subsidio en Dinero:** Es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo.

**Orfandad:** Estado en que quedan los hijos que han perdido a uno o ambos padres.

**Pensión:** Es un pago periódico, generalmente mensual que se otorga por la ocurrencia de un riesgo.

Plan de Pensión de Subsistencia: Son las remuneraciones complementarias que recibe el trabajador.

**Riesgo**: Es la eventualidad que puede sufrir una persona y que le genera a el mismo a o sus beneficiarios una situación económica desfavorable, tal como el fallecimiento, la invalidez, la incapacidad, la cesantía o la vejez.

**Riesgo de Trabajo:** Los riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

**Siniestro**: Es la ocurrencia del riesgo que debe ser documentada para el cobro del beneficio.

**Suma asegurada**: Es la responsabilidad máxima de la Aseguradora en un siniestro.

**S.A.M.I.**: Suma Asegurada Máxima Individual; La Compañía de Seguros otorgará una Suma Asegurada por participante de acuerdo a la regla para determinarla. Según la composición del grupo se determina una SAMI que es un tope de Suma Asegurada.



Si un participante excede el SAMI la Compañía solicitará pruebas médicas individuales.

**UMA**: La Unidad de Medida de Actualización UMA es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía de pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

**Vejez**: Es la última etapa de la vida antes de ocurrir el fallecimiento. Para los efectos de la Ley del IMSS a partir de edad 65 se otorga la pensión por Vejez.

Viudez: Es el estado de haber perdido al cónyuge por fallecimiento.

#### La aplicación

Es un sistema en WEB, cuyo acceso es a través de la página www.beneficiat.com.mx .



#### BIENVENIDOS SERVICIOS BENEFICIOS O Consultoría Actuarial Desarrollamos su plan de negocios optimizamos planes financieros para empresas O Consultoría en el desarrollo de Planes de Desarrollamos sus productos y personas. Negocios y Desarrollo de Productos para Valuamos sus pasivos laborales Nos especializamos en cuantificar pasivos Aseguradoras y Empresas de Asistencia. Maximizamos su pensión del Seguro Social laborales, realizar planes de negocio y desarrollar productos para aseguradoras y Mercados Masivos Ejecutamos sus estrategias de finanzas empresas de asistencia; Proporcionamos servicios integrales para que las personas Seguros puedan obtener su mejor pensión de la Seguridad Social al mas bajo costo. Beneficiamos y damos valor a los clientes

\*Para ingresar se requiere un Usuario que Beneficia-t proporciona de acuerdo al nombre e identificación de cada Centro de Servicios, enviando un correo a josorio@beneficiat.com.mx, se recibirá a vuelta de correo electrónico ,en un plazo no mayor a 24 hrs, una clave de Usuario y una Contraseña.

La aplicación cuenta con los procedimientos de seguridad para la administración de Usuarios y contraseñas. En caso de olvidar la contraseña favor de enviar un correo a josorio@beneficat.com.mx, para su restablecimiento.

#### III. Pasos para realizar una cotización

1. Una vez establecido el Usuario y Contraseña, deberá dar click en donde dice "cotiza el blindaje de tu venta aquí", como se observa a continuación:



#### **SERVICIOS** BIENVENIDOS BENEFICIOS Consultoría Actuarial Desarrollamos su plan de negocios optimizamos planes financieros para empresas O Consultoría en el desarrollo de Planes de Desarrollamos sus productos y personas. Negocios y Desarrollo de Productos para Valuamos sus pasivos laborales Nos especializamos en cuantificar pasivos Aseguradoras y Empresas de Asistencia. Maximizamos su pensión del Seguro Social laborales, realizar planes de negocio y desarrollar productos para aseguradoras y Mercados Masivos Ejecutamos sus estrategias de finanzas empresas de asistencia; Proporcionamos servicios integrales para que las personas Seguros puedan obtener su mejor pensión de la Seguridad Social al mas bajo costo. Beneficiamos y damos valor a los clientes

2. Presiona el botón iniciar sesión, donde se le va a solicitar el Usuario y Contraseña, por favor ingréselos y de click en iniciar sesión como se muestra a continuación:





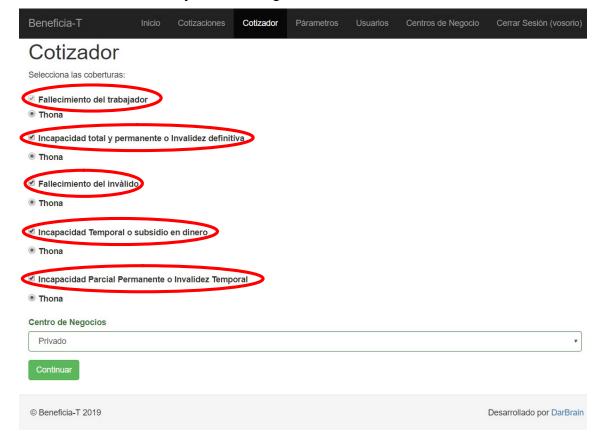
3. Presionar el botón de cotizador para poder realizar una cotización como se muestra a continuación:



### ¡Bienvenido!

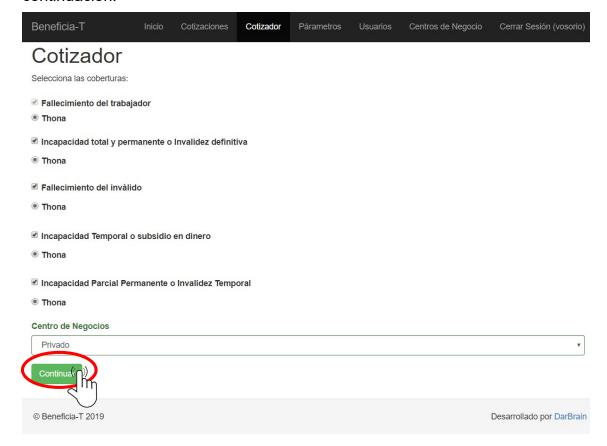
4. Se deberán elegir las coberturas a cotizar y con qué Aseguradora, como se muestra a continuación, tomando en cuenta que la cobertura de Fallecimiento del Trabajador es obligatoria:

Desarrollado por DarBrain





5. Ya seleccionadas las coberturas se deberá elegir el centro de negocio correspondiente (si es el caso), de no ser así seleccionar "privado", posteriormente presionar el botón continuar como se muestra a continuación:



6. Se debe hacer constar que la actividad de los participantes a cotizar no pertenece a algún grupo de riesgo "especial", si es así por favor presiona el botón marcar todos. Como se muestra a continuación:

| Beneficia-T  |  | Cotizaciones | Cotizador                       | Párametros     |                      | Centros de Negocio           | Cerrar Sesión (vosorio)   |
|--|--|--------------|---------------------------------|----------------|----------------------|------------------------------|---------------------------|
| Cotizador  |  |              |                                 |                |                      |                              | <u> </u>                  |
| Haga constar que el grupo que está co                            | tizando no pertenece a los siguio        | entes giros: |                                 |                |                      |                              |                           |
| Trabajo en grandes alturas                                       |  | go 🗷 Mine    | aros                            |                | ☑ Gobierno Gubername | os o Dependencias<br>entales |                           |
| ✓ Trabajo con explosivos   | Aviación                                 | <b></b> Fum  | nigadores                       |                | ✓ Transpor           | tistas                       |                           |
|  | ✓ Policias (cualquier tipo),  Judiciales | ✓ Peso       | cadores                         |                | ✓ Mensajer           |                              |                           |
| ✓ Trabajo con maquinaria en movimiento                           | <b>■</b> Bomberos                        |              | oajadores de la                 | a construcción | ✓ Agricultu          | ıra y ganadería              |                           |
| ✓ Trabajo con alto voltaje                                       | ■ Detectives, Guardaespalda              | as           | •                               |                | <b>☑</b> Cañeros     |                              |                           |
| ✓ Trabajo bajo tierra  |  |              | anizaciones Si<br>lios de Comun |                | ✓ Petrolero          | os                           |                           |
| Trabajo con sustancias químicas,<br>gas y sustancias inflamables | Deportitas profesionales                 | ₩ Wea        | ios de Comun                    | neacion        | ✓ Jubilado           | s                            |                           |
| Marcar todos  Acepta que el grupa cotizar es un gri  No Sí       | upo auténtico.                           |              |                                 |                |                      |                              |                           |
| Grupo Auténtico  |  |              |                                 |                |                      |                              |                           |
| Actividad preponderante del personal a asegi                     | urar.                                    |              |                                 |                |                      |                              |                           |
| Empresa Suministradora   |  |              |                                 |                |                      |                              |                           |
| Empresa que suministra la nòmina.                                |  |              |                                 |                |                      |                              |                           |
| Empresa Suministrada   |  |              |                                 |                |                      |                              |                           |
| Empresa a la que se le suministra el servicio.                   |  |              |                                 |                |                      |                              |                           |
| Continuar  |  |              |                                 |                |                      |                              |                           |
| © Beneficia-T 2019   |  |              |                                 |                |                      |                              | Desarrollado por DarBrain |

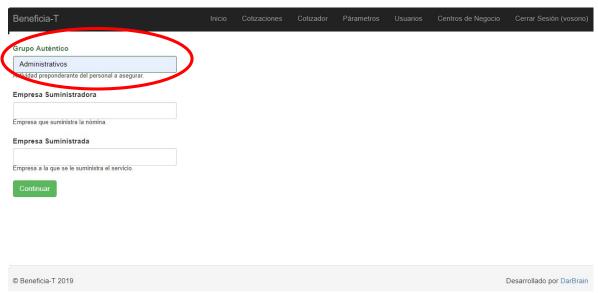
- Para el caso que pertenezca a algún grupo de riesgo "especial", se deberá solicitar la cotización enviando el listado de las personas a asegurar indicando lo siguiente:
- Nombre de la Pagadora y Nombre del Cliente cuya nómina es suministrada por está.
- Identificador (nombre o número de empleado)
- Fecha de Nacimiento de cada persona
- La Remuneración que no integra y la que integra salario base de cotización
- Clase de riesgo por asegurado.
- Periodicidad del pago de las remuneraciones anteriormente señaladas
  - Enviar al correo <u>malanis@beneficiat.com.mx</u> y <u>cdominguez@beneficiat.com.mx</u>.



7. Confirmar que el grupo de personas que se está cotizando es un grupo auténtico de acuerdo a la definición respectiva citada en la definición de: Grupo o Colectividad asegurable. Esta confirmación deberá ser indicada como se muestra a continuación:

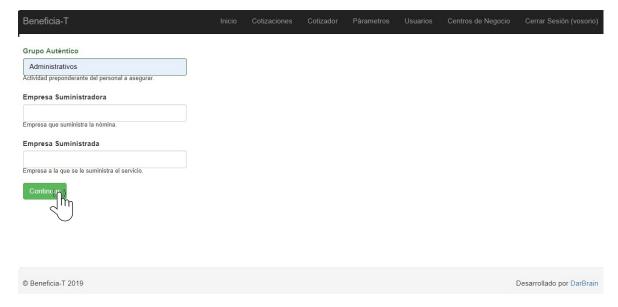
| Cotizador   |   |                           |                  |                            |  |
|---|---|---------------------------|------------------|----------------------------|--|
| Haga constar que el grupo que está co   | otizando no pertenece a los siguientes            | s giros:                  |                  |                            |  |
| Trabajo en grandes alturas  | ✓ Trabajo con armas de fuego                      | ✓ Mineros                 |                  | s o Dependencias<br>ntales |  |
| Trabajo con explosivos  |   | <b> </b>                  |                  | tistas                     |  |
| Trabajo en o bajo el agua   | Policias (cualquier tipo), Judiciales             | ✓ Pescadores              | ✓ Mensajer       | ía                         |  |
| Trabajo con maquinaria en<br>novimiento   | <b>☑</b> Bomberos                                 | Trabajadores de la constr |                  | ra y ganadería             |  |
| Trabajo con alto voltaje  | ✓ Detectives, Guardaespaldas                      | ✓ Partidos políticos      | <b>☑</b> Cañeros |                            |  |
|   |   | Organizaciones Sindicale  | S                |                            |  |
| Trabajo bajo tierra   | ✓ Militares                                       |                           | ✓ Petrolero      | s                          |  |
| Trabajo con sustancias quimicas,<br>as y sustancias inflamables  Marcar todos  ccepta que el grupo a cotizar es un gr   | ✓ Deportitas profesionales                        | Medios de Comunicación    |                  |                            |  |
| Trabajo con sustancias químicas, as y sustancias inflamables  Marcar todos  Acepta que el grupo a cotizar es un gr  | ✓ Deportitas profesionales                        |                           |                  |                            |  |
| Trabajo con sustancias quimicas,<br>as y sustancias inflamables  Marcar todos  Acepta que el grupo a cotizar es un gr   | ✓ Deportitas profesionales                        |                           |                  |                            |  |
| Trabajo con sustancias químicas, as y sustancias inflamables  Marcar todos  Acepta que el grupo a cotizar es un gr  | Deportitas profesionales  upo auténtico.          |                           |                  |                            |  |
| Trabajo con sustancias químicas, as y sustancias inflamables  Marcar todos  Acepta que el grupo a cotizar es un gr  No Sí  Brupo Auténtico  actividad preponderante del personal a aseg                       | Deportitas profesionales  upo auténtico.          |                           |                  |                            |  |
| Trabajo con sustancias químicas, as y sustancias inflamables  Marcar todos  Acepta que el grupo a cotizar es un gr  No Si  Brupo Auténtico  ctividad preponderante del personal a aseguimpresa Suministradora | Deportitas profesionales  upo auténtico.          |                           |                  |                            |  |
| Trabajo con sustancias químicas, as y sustancias inflamables  Marcar todos  Acepta que el grupo a cotizar es un gr  No Si  Srupo Auténtico  | Deportitas profesionales  upo auténtico.          |                           |                  |                            |  |
| Trabajo con sustancias químicas, as y sustancias inflamables  Marcar todos  Accepta que el grupo a cotizar es un gra  No Sí  Brupo Auténtico  Empresa Suministradora  | □ Deportitas profesionales  upo auténtico.  urar. |                           |                  |                            |  |

8. Por favor indica cual es el grupo autentico, como se muestra a continuación:



\*Favor de llenar los siguientes dos campos (Empresa Suministradora y Empresa Suministrada).

Posteriormente deberá presionar el botón continuar como se muestra a continuación:

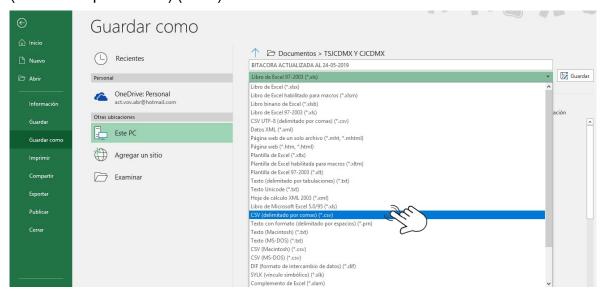


- 9. Para correr una cotización, se requiere cargar un archivo tipo CSV (delimitado por comas, para evitar errores, el archivo debe contener los siguientes datos indispensables en el orden y formato que se ponen a continuación por columna:
  - Nombre, Número de Empleado o ID
  - Clase de Riesgo (deberá ser en números romanos y mayúsculas únicamente se puede del riesgo I AL V)
  - Edad
  - Cantidad que no integra salario base de cotización de cada empleado
  - Periodicidad del dato anterior, deberá venir en mayúsculas (DIARIA o SEMANAL o QUINCENAL o MENSUAL o ANUAL)

### \*No se permitirán periodicidades distintas en una misma cotización

La forma de convertir los archivos a .csv es la siguiente:

Se capturan los datos en un archivo de Excel, al momento de darle "guardar como" al archivo, seleccionar el tipo de formato como CSV (delimitado por comas) (\*.csv) como se muestra a continuación:



\*El archivo unicamente deberá traer los datos solicitados, sin encabezados, sin colores y sin bordes.

10. Para poder cargar el archivo selecciona donde dice "seleccionar archivo", el cual te va a direccionar a buscarlo en tu equipo, cuando lo ubiques selecciónalo, para que se cargue el archivo.

Posteriormente llena los siguientes tres campos (Nombre de Cotización, Aplicante y Empresa o Razón Social).

Al finalizar da click en continuar.

| Beneficia-T  |   |  | Cotizaciones C  | otizador                          | Párametros | Centros de Negocio | Cerrar Sesión (vosorio)   |
|--|---|--|---|-----------------------------------|------------|--------------------|---------------------------|
| Cotizado   | r   |  |   |                                   |            |                    |                           |
|  | / con el listado de asegu<br>el formato que se mues |  |   |                                   |            |                    |                           |
| ID   | Clase de riesgo                                     | Edad/RFC/Fecha de nacimiento   | Cantidad que NO<br>integra salario base<br>cotización | de del plar<br>pensiór<br>subsist |            |                    |                           |
| Alfanumérico sin comas de<br>máximo 50 caracteres          | Números romanos<br>(I.II.III.IV.V)                  | fecha en formato dd/mm/asaa<br>Número entero/ alfanumérico de<br>13 caracteres sin comas /fecha<br>en formato dd-mm-aaaa | Número con dos decimales<br>comas                     | (DIARIA, S                        | SEMANAL,   |                    |                           |
| Puede descargar un e<br>Archivo CSV<br>Seleccionar archivo | ejemplo aquí.  Ningún archivo selecci               | ionado   |   | •                                 |            |                    |                           |
| Nombre de cotizació  | ón  |  |   |                                   |            |                    |                           |
| Prueba 1   |   |  |   |                                   |            |                    |                           |
| Aplicante  |   |  |   |                                   |            |                    |                           |
| Valeria Osorio Vera  |   |  |   |                                   |            |                    |                           |
| Empresa o Razón So   | ocial   |  |   |                                   |            |                    |                           |
| Beneficia-t Consulti                                       | ing   |  |   |                                   |            |                    |                           |
| Continue   | )   |  |   |                                   |            |                    |                           |
| © Beneficia-T 2019   |   |  |   |                                   |            |                    | Desarrollado por DarBrain |

\*Al realizar una cotización, puede darse el caso que haya personas que superen el monto máximo a ser considerado por la aseguradora en forma automática (S.A.M.I).

\*En caso de que aparezcan personas en esta situación, se pueden acreditar las sumas aseguradas que correspondan, presentando pruebas médicas. Una vez que se concrete la contratación del seguro, se enviara por correo a los representantes, el listado con los nombres de las personas que deben de presentar requisitos médicos para acreditar las Sumas Aseguradas y el formato que deberán requisitar los asegurados para obtener la cita médica que la aseguradora coordinara.

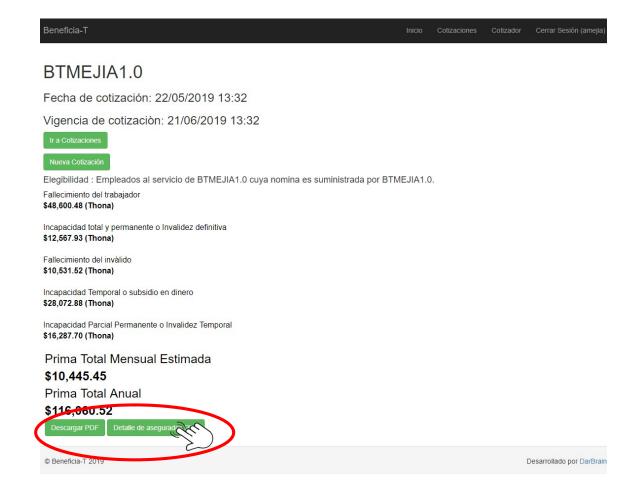
Al momento en que se cuente con el formato requisitado se deberá de enviar al correo josorio@beneficiat.com,mx para que en un lapso de 5



días se le haga saber: fecha de la cita médica, hora, nombre del médico y lugar donde se le practican las pruebas necesarias por asegurado.

Los requisitos y pruebas médicas que cada asegurado deberán de presentar varían en función de la edad de la persona y de la cantidad excedente de suma asegurada.

11. Se obtiene la cotización indicando la prima neta anual por cada uno de los beneficios y la prima total anual. Este reporte puede ser descargado en un archivo del tipo .pdf, así como el detalle de asegurados.



#### V. La salida

A continuación, se muestra un ejemplo del pdf con las primas netas anuales y el detalle de asegurados:

Cotización - Beneficia-T Fecha de Cotización: 22/05/2019 13:32 Cotización No. Cotización: 231 Aseguradora: Thona Seguros Datos Generales Nombre de Empresa ó Razón Social: BTMEJIA1.0 Elegibilidad: Empleados al servicio de BTMEJIA1.0 cuya nomina es suministrada por BTMEJIA1.0. No. Participantes: 24 Vigencia de cotización: 21/06/2019 13:32 Suma Aseguradora Máxima Individual(S.A.M.I): 1,490,237.40 Totales de Primas Netas Anuales por Beneficio Fallecimiento del trabajador \$48,600.48 (Thona) Incapacidad total y permanente o Invalidez definitiva \$12,567.93 (Thona) Fallecimiento del invàlido \$10,531.52 (Thona) Incapacidad Temporal o subsidio en dinero \$28,072.88 (Thona) Incapacidad Parcial Permanente o Invalidez Temporal \$16,287.70 (Thona) Prima Total Mensual Estimada: \$10,445.45 Prima Total Anual: \$116,060.52 Ningún Asegurado Sobrepasa la Suma Asegurada Máxima Individual Dirección: Leibnitz No. 14, Teléfonos: 9688 8879 Piso 11 - 1102, Col. Anzures, C.P. 11590 México, Web: www.beneficiat.com.mx 9688 8880





### COTIZACIÓN DETALLADA POR ASEGURADO

No. Cotización: 87

Nombre de Empresa ó Razón Social: BTPRUEBAM1.0

Fecha de Cálculo: 20/05/2019 13:31

| Nombre del<br>Trabajador o<br>Identificador | Edad | Clase<br>de<br>Riesgo | Remuneraciones<br>Complementarias | Periocidad |
|---|------|-----------------------|-----------------------------------|------------|
| EJEMPLO 1                                   | 46   | 1                     | 361.83                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 10                                  | 46   | 1                     | 197.36                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 11                                  | 38   | 1                     | 180.91                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 12                                  | 20   | 1                     | 207.23                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 13                                  | 48   | 1                     | 263.15                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 14                                  | 35   | 1                     | 214.07                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 15                                  | 40   | - 1                   | 427.63                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 16                                  | 51   | 1                     | 263.15                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 17                                  | 30   | - 1                   | 192.23                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 18                                  | 39   | 1                     | 246.70                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 19                                  | 42   | 1                     | 164.46                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 2                                   | 29   | 1                     | 263.15                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 20                                  | 45   | . 1                   | 180.91                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 21                                  | 65   | . 1                   | 361.83                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 22                                  | 30   | -1                    | 263.15                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 23                                  | 23   | 1                     | 148.02                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 24                                  | 27   | 1                     | 180.91                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 3                                   | 38   | 1                     | 345.38                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 4                                   | 39   | 1                     | 312.50                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 5                                   | 42   | 1                     | 263.15                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 6                                   | 52   | . 1                   | 308.00                            | DIARIA     |
| EJEMPLO 7                                   | 42   | -1                    | 230.25                            | DIARIA     |

|               |   | SUMA ASEGURADA  |  |   |   |  |             |  |  |
|---------------|---|---|--|---|---|--|-------------|--|--|
|               | Remuneración<br>Complementaria<br>Base de Cálculo | Capital para<br>pagar la<br>pensiòn de<br>viudez u<br>orfandad o<br>ascendencia<br>por<br>fallecimiento<br>del trabajador | Capital para<br>pagar la<br>pensión por<br>Incapacidad<br>total y<br>permanente o<br>Invalidez<br>definitiva | Capital para<br>pagar la<br>pensiòn de<br>viudez u<br>orfandad o<br>ascendencia<br>por<br>fallecimiento<br>del invàlido | Capital para<br>pagar<br>Incapacidad<br>Temporal o<br>subsidio en<br>dinero | Capital para el<br>pago de la<br>pensión<br>mensual por<br>Incapacidad<br>Parcial<br>Permanente o<br>Invalidez<br>Temporal | Prima Total |  |  |
| EJEMPLO 1     | 10,999.90   | 990,934.79  | 990,934.79   | 990,934.79  | 131,998.80  | 495,467.39   | 7,743.07    |  |  |
| EJEMPLO<br>10 | 6,000.04  | 540,518.40  | 540,518.40   | 540,518.40  | 72,000.48   | 270,259.20   | 4,223.56    |  |  |
| EJEMPLO<br>11 | 5,499.96  | 561,856.66  | 561,856.66   | 561,856.66  | 65,999.52   | 280,928.33   | 2,952.42    |  |  |
| EJEMPLO<br>12 | 6,300.09  | 712,586.16  | 712,586.16   | 712,586.16  | 75,601.08   | 356,293.08   | 2,813.42    |  |  |
| EJEMPLO<br>13 | 8,000.06  | 707,900.50  | 707,900.50   | 707,900.50  | 96,000.72   | 353,950.25   | 6,243.50    |  |  |
| EJEMPLO<br>14 | 6,508.03  | 684,441.70  | 684,441.70   | 684,441.70  | 78,096.36   | 342,220.85   | 3,304.96    |  |  |
| EJEMPLO<br>15 | 13,000.00   | 1,296,539.40  | 1,296,539.40   | 1,296,539.40  | 156,000.00  | 648,269.70   | 7,420.17    |  |  |
| EJEMPLO<br>16 | 8,000.06  | 686,128.34  | 686,128.34   | 686,128.34  | 96,000.72   | 343,064.17   | 7,442.14    |  |  |
| EJEMPLO<br>17 | 5,844.09  | 636,268.28  | 636,268.28   | 636,268.28  | 70,129.08   | 318,134.14   | 2,800.40    |  |  |
| EJEMPLO<br>18 | 7,499.98  | 757,424.48  | 757,424.48   | 757,424.48  | 89,999.76   | 378,712.24   | 4,142.66    |  |  |

#### Cotización - Beneficia-T

| EJEMPLO 9 | 38 | - 1 | 180.91   | DIARIA |
|-----------|----|-----|----------|--------|
| Total     |    |     | 6,020.03 |        |

| EJEMPLO 2     | 8,000.06   | 875,675.36    | 875,675.36    | 875,675.36    | 96,000.72    | 437,837.68   | 3,795.24   |
|---------------|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|------------|
| EJEMPLO<br>20 | 5,499.96   | 505,143.82    | 505,143.82    | 505,143.82    | 65,999.52    | 252,571.91   | 3,724.23   |
| EJEMPLO<br>21 | 10,999.90  | 737,901.89    | 0.00          | 0.00          | 0.00         | 0.00         | 11,952.31  |
| EJEMPLO<br>22 | 8,000.06   | 870,996.93    | 870,996.93    | 870,996.93    | 96,000.72    | 435,498.46   | 3,833.50   |
| EJEMPLO<br>23 | 4,500.11   | 504,732.33    | 504,732.33    | 504,732.33    | 54,001.32    | 252,366.16   | 2,042.38   |
| EJEMPLO<br>24 | 5,499.96   | 607,752.72    | 607,752.72    | 607,752.72    | 65,999.52    | 303,876.36   | 2,564.54   |
| EJEMPLO 3     | 10,499.80  | 1,072,622.81  | 1,072,622.81  | 1,072,622.81  | 125,997.60   | 536,311.40   | 5,636.36   |
| EJEMPLO 4     | 9,500.00   | 959,406.90    | 959,406.90    | 959,406.90    | 114,000.00   | 479,703.45   | 5,247.38   |
| EJEMPLO 5     | 8,000.06   | 775,400.21    | 775,400.21    | 775,400.21    | 96,000.72    | 387,700.10   | 4,871.06   |
| EJEMPLO 6     | 9,363.20   | 793,682.88    | 793,682.88    | 793,682.88    | 112,358.40   | 396,841.44   | 9,288.39   |
| EJEMPLO 7     | 6,999.90   | 678,460.40    | 678,460.40    | 678,460.40    | 83,998.80    | 339,230.20   | 4,262.08   |
| EJEMPLO 8     | 8,000.08   | 880,007.40    | 880,007.40    | 880,007.40    | 96,000.72    | 440,003.70   | 3,760.04   |
| EJEMPLO 9     | 5,499.96   | 561,856.66    | 561,856.66    | 561,856.66    | 65,999.52    | 280,928.33   | 2,952.42   |
| Totales       | 183,015.12 | 17,882,848.88 | 17,144,946,99 | 17,144,946.99 | 2,064,182.64 | 8,572,473.47 | 116,060.52 |

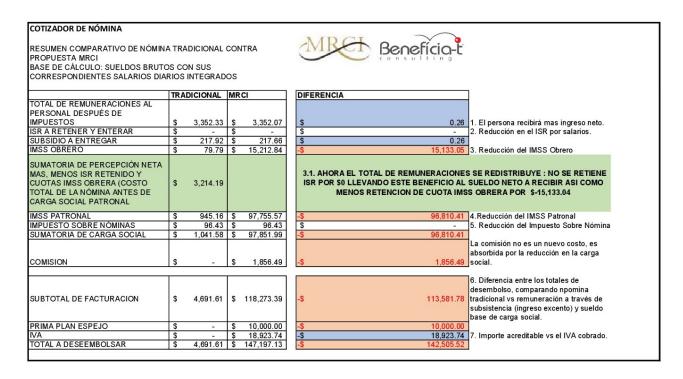








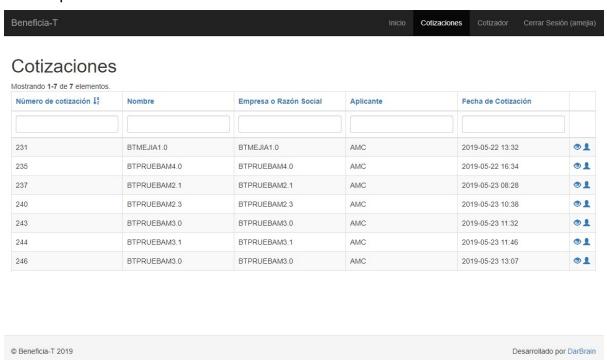
Estos datos se pueden introducir de forma manual en la siguiente salida:



Mostrándole al cliente que puede lograr ahorros significativos sin que los trabajadores se vean afectados en sus prestaciones en dinero de la Seguridad Social.

#### VI. Historial de cotizaciones

Adicionalmente el sistema de cotización maneja historial de cotizaciones, con lo cual se pueden hacer verificaciones de las mismas.



#### VII. Estudios de Maximización de Pensiones del IMSS

Califican a esta estrategia las personas que hayan iniciado a cotizar antes del 1º de Julio de 1997.

Ello se puede saber fácilmente al observar las posiciones 3 y 4 del número de seguro social, ya que estos 2 dígitos indican el año de afiliación de la persona al Seguro Social. Si la cifra fuera 97, habría que conocer el mes exacto de su afiliación.

Para solicitar un estudio de Maximización de Pensión del IMSS, se requiere contar con la siguiente información:

- Copia del Acta de Nacimiento
- Copia del Último Estado de Cuenta de la Afore
- Historia laboral de la persona indicando, nombre del patrón, fecha de ingreso y fecha de salida.

El costo de realización del estudio es de \$6,600 más IVA por persona.

Si la empresa desea más de 5 estudios individuales, el valor por estudio disminuye a \$5,400 más IVA por persona.

Una vez obtenida la información, se deberá enviar en formato PDF a la siguiente dirección: <a href="mailto:vosorio@beneficiat.com.mx">vosorio@beneficiat.com.mx</a> indicando el Centro de servicio, el nombre, teléfono y dirección electrónica del responsable para el seguimiento del estudio.

El tiempo de realización del estudio es de 10 días hábiles.

El estudio incluye los siguientes elementos:

- 1. Antecedentes.- Semanas reconocidas, salario promedio, historia laboral
- **2. Situación Actual.-** Situación de derechos, pensiones a que se tiene derecho a la fecha y monto actual.
- **3. Pensiones Máximas.-** Montos máximos de pensión que se pueden alcanzar con la estrategia que el mismo estudio propone.
- **4. Acciones a realizar**.- Acciones de temas administrativos a corregir, y la estrategia a realzar paso a paso, mes a mes y en varios escenarios, para le mejor toma de decisiones.
- Montos a recuperar.- Independiente a las pensiones, se señalan los montos a obtener el obtener una afirmativa o negativa de pensión, en una sola exhibición.
- **6. Seguro de Enfermedades y Maternidad**.- Señala las acciones a realizar para seguir contando con el Servicio Médico del IMSS.



- **7. Datos Personales.-** Se realiza una revisión administrativa de los elementos necesarios desde este punto de vista para obtener la pensión, indicando, en su caso, las acciones a corregir.
- 8. Escenarios con sus respectivas tablas de ejecución mensual. Nos dice paso a paso, mes a mes, los montos de pensión que se van alcanzando al ir ejecutando la estrategia en sus diferentes escenarios, tanto en valor presente (precios Constantes) como en Valor Futuro (precios corrientes).
- **9. Marco Jurídico.-** Nos da los elementos de ley para el cálculo de las pensiones por la ley 73, por la modalidad 40, por las afores y por el reglamento de afiliación y cobranza del IMSS.
- 10.Sindo.- Nos da un reporte de base de datos del IMSS.
- **11.Modelo de Maximización de Afores**.- Nos da un estudio de las 5 mejores afores por Índice de Rendimiento Neto, basado en proyecciones de rendimientos históricos
- **12.Blindaje de la Estrategia**.- Nos dice como blindar la estrategia con una metodología de ahorro que nos permita acumular los recursos necesarios para ejecutar la estrategia a la edad deseada y la blinda contra los riesgos de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente.

#### **ANEXO 1**

#### Requisitos para Emisión de Emisión de Póliza de Vida Grupo:

- 1. Formato de Identificación del Cliente requisitado y firmado por el representante legal de la empresa. \*
- 2. Solicitud maestra de la aseguradora: Requisitar y firmar la solicitud maestra por parte del representante legal de la empresa.\*
- 3. Carta Responsiva en Original aplica únicamente para Allianz.
- 4. Copia simple, legible y completa del Acta Constitutiva de la Empresa
- 5. Copia **simple**, **legible y completa** del Poder Notarial del Representanta Legal.
- 6. Copia simple y legible de la Cedula Fiscal de la Empresa.
- Copia simple y legible del Comprobante de Domicilio Fiscal de la empresa (reciente no mayor a tres meses: recibo de Telmex, predial o agua. La dirección deberá estar completa).
- 8. Copia simple de la Identificación Oficial Vigente y legible del Representante Legal de la empresa (IFE ó Pasaporte).
- Listado de Asegurados Final: Archivo en Excel que contenga: Nombre completo del asegurado, RFC o Fecha de nacimiento, género del asegurado, importe correspondiente a la pensión de subsistencia indicando si este dato es mensual, semanal o quincenal y clase de riesgo.
- 10. Copia de la cotización que se generó a través del cotizador
- \*Se anexa ejemplo de formato de la aseguradora



| THONA SEGURO   |   | SOLICITIO MAESTILA DE SEGUIDO DE VIDA GINUPO    |   |                        |                        |                      |  |
|--|---|---|---|------------------------|------------------------|----------------------|--|
| PELIX PAPRA NÚMERO SI COLCREA SAN JOSÉ RESURCE   | DITES, MÉXICO DA  |   |   |                        |                        |                      |  |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE  |   |   |   | REGISTRO FEDER         | ANT OF CONLINEA        | 10712                |  |
| 2 OMCLIO PRINCIPAL   |   |   |   |                        |                        |                      |  |
| EALIE  |   | Man. Iranior                                    | Nún extro                                   | COLONIA                |                        |                      |  |
| TELEGACION   MANICIPIO   | CALCAD Y ESTAD  |   | CODISO POSTAL                               |                        | TELEFOND PART          | SULAN                |  |
| CRIESO ROCAT DET CONSAVANALE   |   |   |   |                        |                        |                      |  |
| SIRO DE LA EMPRESA LACTIVIDADES PREPONDERANTE  | 3   |   |   |                        |                        |                      |  |
| U BOAL ONES DE RESIGNESSANTES YORKECOOKES  |   |   |   |                        |                        |                      |  |
| CARACTERISTICAS DE LA COLECTIVIDAD   |   |   |   |                        |                        |                      |  |
| RELACION DE LA COLECTIMONO CON EL CONTRATANT<br>DESIGNADA CE UNA RELACIÓN LABORAL, SIL NO                                    | OTIA:   |   |   |                        |                        |                      |  |
| WINERO, SOAD Y 1000 OF LAS PERSON AS ASSISTMAN   |   |   |   |                        |                        |                      |  |
| PARTICIPACION DEL AMERICANO EN EL MADO DE FRIM   |   | PORCHICAGE                                      |   |                        |                        |                      |  |
| EL GELETIC DEL CONTENTO ES GARANTEAR PRESTACIO   |   |   | VACTOR AT MOTES AND                         |                        | tures.                 |                      |  |
| A CHRIST CIT, FLAX   |   |   |   |                        |                        |                      |  |
| MORNICA O PLAZO SOLECTA SO PARA EL SEGURO  |   |   |   |                        |                        |                      |  |
| BENEFICIOS SOLICITADOS Y DATOS DEL SEGURO  |   |   |   |                        |                        |                      |  |
| NOMBRE   | SUMMASSOCIAL  | A O REGLA PARA DI                               | ETERMINAPIA                                 |                        |                        |                      |  |
| BASICA POR FALLECIMENTO  |   |   |   |                        |                        |                      |  |
| INTERFORE SUMMASSOURAGE FOR BAPERMEDAS BA<br>FASE TERMINAL   |   | Anticipe per Fallenins                          | ienio para Gantes Fun                       | eneles                 |                        |                      |  |
| GASTOS FUNERANOS   | Their Control   |   | States a compage                            |                        | Senter                 |                      |  |
| NO EMNZACIÓN FOR MUERTE ACCIOENTAL   |   |   |   |                        |                        |                      |  |
| NO EMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y<br>PERCEAS ORGÁNICAS   | ESCALA A  |   |   | ESCALA S               |                        |                      |  |
| INDEMNERACION POR MUERTE ACCIOENTAL COLECTIVA  |   |   |   |                        |                        |                      |  |
| PAGE DE LA SUNA ASEQUIRADA POR MALICEZ TOTAL<br>Y PERMANDIONES   | ESCALA A  | de espen  | ) meses                                     | ESCALA S.              | Lower                  |                      |  |
| SESURO SALZADO FOR BNAL DEZ FOTAL  | _   | dempen  | Same  |                        | tress                  |                      |  |
| CALVES EMPERMEENDES  | -   |   |   |                        |                        |                      |  |
| FORMADE PAGO<br>AMERI  | TRAESTRA  | L   | MBRIDAT                                     |                        | SENESTRAL              |                      |  |
| CONTRACTO DE PAGO  | AGENTE  |   | DEPOSITO-O TRAN                             | OFERENCIA.             | OFFIC                  |                      |  |
| VIGENCIA DE LA PÓLIZA  |   |   |   |                        |                        |                      |  |
| THOMA Deputes S.A. de C.V., (THOMA) me ha puesto a la<br>Personales en Posseión de los Particulares, mismo que he            | vida el Arisa de  | Privacidad que dicha                            | aseguradora Sese es                         | tablecido continue     | a la Ley Federal de    | Protección de Data   |  |
|  |   |   |   |                        |                        |                      |  |
| nela a Saurio de objectuemento o personas. Declaro que te<br>complimiento a las Obsociolores de Carácter General a que       | se Ration of Artical  | 462 de la Leyde le                              | eliteines de Seguno                         | s y Flanza s, diche co | spresertante me ha i   | ofermade adore esti- |  |
| Establishment y et albeidun de bes minnas en materia de annue<br>Esta documento solo constiture una soloitud de sengris y po | CARDO DE ADMINISTRA DE LA CARDA DEL CARDA DE LA CARDA DEL CARDA DE LA CARDA DEL CARDA DEL CARDA DE LA CARDA DE LA CARDA DE LA CARDA DEL CARDA DE LA CARDA DEL CARDA DE LA CARDA DEL CARDA DE LA CARDA DEL | s um recursos de ono<br>la casteria alcuna de o | on de maio d'actor<br>por la misma será ace | stada por la emanes    | o de excursos. Hi de s | ser . en caso de     |  |
| araptame. la acoptación conouerde tetalmente con los lámbre<br>MEXICO, O.F.A., DIA. MES. AND                                 | on de la soloitud.  | OS. CONTRATANTS                                 |   | Program & CONF         | -                      |                      |  |
| En complesionia a lo dispuesto en el acticulo 202 de la Ley de   | in silluniones de Ces   | parso y de Flançais, la s                       | lo oumenta ción comba                       | dual pila toda Monie.  | gue inlegran eule p    | reducts de segura.   |  |
| 2016/CONDUSEF-001191-01.   | Fianges, a partir de  | dia E1 de Septiembre                            | de 2016, con el núme                        | n temper CN            | SF-S0120-0             | 607-                 |  |
| I ded pack consider to robotics, criticism y no<br>weathermore returns meetings about a Unionic                              | drinciones de la p  | dice en les condeix                             | oes perendes que                            | le senin enbegad       | 11 00 11 pdgs 1        | Dan en la page       |  |
| Unided expensions de alemente a clientes de Thora Sop<br>dominación ten glavos as portes de como a jurios o                  |   | mano 65, Golonia San                            | Joed Insurposites, C                        | P. 83001, Clothel      | de Minios Infoliose.   | [TE   44338900 ema   |  |
| CONDUSEE Armida Insurgentes Sur Culoria del Valle C.P.   |   |   |   |                        |                        |                      |  |
|  |   |   |   |                        |                        |                      |  |

Una vez que se cuente con la información antes enlistada se deberá de enviar a la atención de Jose Luis Osorio a la siguiente dirección:

#### Leibnitz No.14 Piso 11 despacho 1102

Col. Anzures

Deleg. Miguel Hidalgo

C.P. 11590 México, D.F.

Una vez recibida, se enviará un correo de acuse al responsable del Centro de Servicio donde se indicará la fecha de entrega de la póliza confirmando que la documentación se encuentre completa.

El trámite para la emisión de póliza se realiza en uno tiempo estimados de 10 días hábiles contados a partir de la recepción de documentación.

Una vez concluido el proceso se envía a la oficina del Centro de Servicio al responsable de la oficina la siguiente documentación que integra el contrato de seguro:

- Carátula de póliza: Documento donde se indica los datos generales de la empresa, así como los generales de la cobertura contratada
- 2. Listado de asegurados: Relación de personas aseguradas
- 3. Recibo para cobro de prima: Documento a nombre del contratante para que pueda realizar el pago de la cobertura contratada.

La forma de pago de la póliza, la cual puede ser: Mensual, Trimestral, Semestral o Anual. Si el contratante eligiera alguna de forma de pago fraccionada deberá de pagar un recargo por este concepto. A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los treinta días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente prima, se puede modificar la forma de pago. Si el Contratante opta por el pago



fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado

- 4. Condiciones Generales: Documento que forma parte del contrato de seguro donde se indica el detalle de las condiciones contratadas, así como la operación de la póliza.
- 5. Factura electrónica: Documento que sirve para describir el costo del servicio y desglosar los impuestos correspondientes a pagar.
- 6. Certificados de cada asegurado: Documento en donde el asegurado designará a sus beneficiarios en caso de fallecimiento.
- 7. Endoso de Póliza Auto-administada: en este endoso de indica que no es necesario que el Contratante reporte a la aseguradora los movimientos de Altas y Bajas de los Asegurados que hubiese durante la vigencia de la póliza, así como tampoco los cambios en las Sumas Aseguradas siempre que:
  - a. El número de asegurados nuevos que se integren a la empresa (nuevas altas a la póliza) no rebasen el 30% de la población total asegurada.
  - b. Si la nueva Suma Asegurada de un asegurado no excede lo establecido en la Carátula de la Póliza como SAMI (Suma Asegurada Máxima sin Requisitos de Selección)

En tanto la póliza se encuentre en vigor, todos los nuevos integrantes del Grupo Asegurado que se adhieran con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza tendrán derecho a gozar de la(s) Cobertura(s) Contratada(s), desde el momento en que sean elegibles para pertenecer al Grupo Asegurado. Las nuevas Altas quedarán aseguradas sin examen médico siempre que las Sumas Aseguradas individuales no sean superiores al SAMI

En caso de que la Suma Asegurada de los nuevos integrantes excedan al SAMI, estos deberán presentar las pruebas médicas que indique la aseguradora para valorar la aceptación del monto excedente y en caso de ser aceptado, la aseguradora expedirá las condiciones y el costo requerido para otorgar la(s) Cobertura(s)

Es obligación del Contratante recabar los Consentimientos Individuales debidamente firmados por el Asegurado, previo a su incorporación al Grupo Asegurado.

Igualmente, dejarán de pertenecer al Grupo Asegurado, todos aquellos integrantes del Grupo que se separen definitivamente de éste, a partir del momento en que dejen de ser elegibles para formar parte del mismo.

A al término de la vigencia el contratante deberá de enviar el Registro de Asegurados actualizado, a fin de calcular la Prima del ajuste anual.



Se considerará que los movimientos de Altas y Bajas de Asegurados se dieron uniformemente durante la vigencia por lo que, la Prima del ajuste se calculará de la siguiente manera:

- Se determina una cuota promedio al millar de suma asegurada. Esta resultará de dividir la prima neta total de la póliza al momento de la emisión multiplicada por mil entre la suma asegurada total del Grupo al momento de la emisión.
- ii. Se obtiene la diferencia entre la suma asegurada total del Grupo al término de la vigencia menos la suma asegurada total del Grupo al inicio de vigencia de la póliza.
- iii. Se multiplica la cuota promedio al millar por la diferencia resultante del punto dos entre mil.
- iv. El resultado del punto tres se divide entre dos. Este último resultado será el importe de la prima neta de ajuste anual por movimientos.

#### **ANEXO 2**

# Requisitos para Ingresar las Reclamaciones Generadas en la Póliza de Vida Grupo

#### Requisitos para el trámite de FALLECIMIENTO del asegurado:

#### Documentos del ASEGURADO:

#### Presentar **originales** de:

- a. Acta de Defunción.
- **b.** Acta de Nacimiento.
- **c.** Consentimiento / Certificado Individual que lo acredita como Asegurado de la aseguradora actualizado y que incluya los siguientes datos:
  - 1. Contratante, número de Póliza con fecha del documento.
  - 2. Regla de Suma Asegurada.
  - 3. Designación de Beneficiarios.
  - 4. Firma del Asegurado.
  - **5.** Firma del Director de la Aseguradora.

#### Presentar copia simple de:

- a. Reporte de Incidencias del IMSS generado por Recursos Humanos de la Empresa Contratante o Documento que soporte que el Asegurado se encontraba activo al inicio de vigencia de la Póliza.
- **b.** Identificación Oficial vigente (credencial de elector, pasaporte, cédula profesional, licencia de conducir, credencial del IMSS).
- c. Comprobante de Domicilio en caso de ser diferente al registrado en el IFE o de no encontrarse en la identificación presentada (recibos de agua, luz, teléfono, impuesto predial o estados de cuenta bancarios, con una vigencia no mayor a tres meses de su fecha de emisión)
- **d.** Último recibo de nómina, puede ser documento digital o electrónico.

#### Documentos del(os) BENEFICIARIO(s):

#### Presentar **original** de:

**a.** Formato para Conocimiento e Identificación del Cliente / Solicitud de Reclamación de la Suma Asegurada contratada de cada uno de los beneficiarios.



#### Presentar copia simple de:

- a. Acta de Nacimiento.
- **b.** Identificación Oficial vigente (credencial de elector, pasaporte, cédula profesional, licencia de conducir, credencial del IMSS).
- c. Comprobante de Domicilio en caso de ser diferente al registrado en el IFE o de no encontrarse en la identificación presentada (recibos de agua, luz, teléfono, impuesto predial o estados de cuenta bancarios, con una vigencia no mayor a tres meses de su fecha de emisión).
- d. Acta de Matrimonio actualizada (en caso de que el Beneficiario sea el cónyuge). Resolución de Concubinato emitida por el Juez de lo Familiar o carta del Beneficiario aceptando la retención de ISR del 20% (en caso de que el beneficiario sea concubino(a)); o documento que sustente que se trata de Sociedad de Convivencia (cuando así aplique)

## Requisitos para el trámite de una INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE del asegurado:

#### Documentos del Asegurado:

#### Presentar originales de:

- a. Acta de Nacimiento.
- **b.** Formato para Conocimiento e Identificación del Cliente / Solicitud de Reclamación de la Suma Asegurada contratada
- **c.** Consentimiento / Certificado Individual que lo acredita como Asegurado de la aseguradora actualizado y que incluya los siguientes datos:
  - 1. Contratante, número de Póliza con fecha del documento.
  - 2. Regla de Suma Asegurada.
  - 3. Designación de Beneficiarios.
  - Firma del Asegurado.
  - **5.** Firma del Director de la Aseguradora.

#### Presentar copia simple de:

- a. Reporte de Incidencias del IMSS generado por Recursos Humanos de la Empresa Contratante o Documento que soporte que el Asegurado se encontraba activo al inicio de vigencia de la Póliza.
- **b.** Identificación Oficial vigente (credencial de elector, pasaporte, cédula profesional, licencia de conducir, credencial del IMSS).



- c. Comprobante de Domicilio en caso de ser diferente al registrado en el IFE o de no encontrarse en la identificación presentada (recibos de agua, luz, teléfono, impuesto predial o estados de cuenta bancarios, con una vigencia no mayor a tres meses de su fecha de emisión)
- **d.** Último recibo de nómina, puede ser documento digital o electrónico.
- **e.** Presentar copia certificada por el IMSS y/o ISSSTE del Formato ST-3 ó ST-4 de Dictamen de Invalidez emitido por el IMSS o Formato de Invalidez del ISSSTE.

Requisitos para el trámite de una INCAPACIDAD TEMPORAL del asegurado:

#### Documentos del Asegurado:

#### Presentar **originales** de:

- **a.** Solicitud de Reclamación para pago de siniestro (Formato de THONA)
- b. Informe médico requisitado por el médico tratante (Formato de THONA)

#### Presentar copia simple de:

- **a.** Identificación oficial del asegurado
- **b.** Historia clínica del Asegurado y el dictamen emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- **c.** De la incapacidad emitida por el IMSS emitida a favor del asegurado.

Una vez que el asegurado o beneficiario (s) cuente con la documentación indicada, dependiendo de la cobertura a reclamar, deberá de enviarse a la siguiente dirección josorio@beneficiat.com.mx y <a href="mailto:cdominguez@beneficiat.com.mx">cdominguez@beneficiat.com.mx</a> a la atención de Jose Luis Osorio y Claudia Domínguez:

Leibnitz No.14 Piso 11 despacho 1102

Col. Anzures

Deleg. Miguel Hidalgo

C.P. 11590 México, D.F.

Se enviará un correo de acuse de recibo en donde se indicará el día en que se recibirá por parte de la aseguradora la respuesta de la reclamación presentada así como la confirmación de que la documentación se encuentra completa.

