Solicitud y Declaración de Asegurabilidad

Skandia Seguros de Vida S.A.

Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio
Seguro Individual de Pensiones - Skandia Crea Retiro

skandia

Diligencie todas las casillas sin omitir ninguna, en letra imprenta, tinta negra, sin tachones ni enmendaduras. Espacios sin diligenciar deben ser anulados.

Ciudad	Fecha de Diligenciamiento

Espacio reservado para Skandia

Seguro de Pensiones: Póliza No.	
Seguro Individual de Pensiones: Póliza No.	
Worksite: SI ☐ NO ☐	

Seleccione el seguro que está solicitando. En caso de seleccionar los dos disponibles, los datos del Asegurado y Tomador serán los mismos para las dos pólizas.

Producto

Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio ☐ Seguro Individual de Pensiones - Skandia Crea Retiro ☐

Información Básica del Asegurado

Nombres		Apellidos			
Tipo y Número de Identificación C.C.☐ C.E. ☐ Pasaporte ☐			No.		
Fecha de Expedición Año / Mes / Día	Lugar de Expedición	Fecha de Nacimiento Año / Mes / Día	Ciudad	Departamento	País
Género M ☐ F☐	Nivel de Estudios: Pregrado ☐ Otro: ☐ Bachiller ☐ Postgrado ☐	Dirección de Residencia		Ciudad	País
Estado Civil Soltero ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Divorciado ☐	No. De Hijos	Empresa Donde Labora	Cargo	Teléfono	
Profesión	Actividad Económica	Correo Electrónico			

En caso que tomador y asegurado sean personas distintas diligencie la siguiente información:

Ingresos Mensuales ($) COP	Egresos Mensuales ($) COP
¿Tiene otros ingresos? SI ☐ NO☐ Concepto _____	Monto Mensual($) COP _____
Total activos ($) COP	Total pasivos ($) COP

Con la firma de este documento, el asegurado acepta que el tercero que figura como tomador realice esta solicitud de seguro de vida.

Información Tomador

Sólo diligencie esta información en caso que el Tomador sea una persona jurídica.

Razón Social		NIT
Nombres y Apellidos del Representante Legal		Número de Identificación
Tipo de Identificación C.C. ☐ C.E. ☐ Pasaporte ☐	Vínculo entre tomador y asegurado Familiar ☐ Laboral ☐ Comercial ☐	Explique:

Si a la fecha de diligenciamiento de este Formato ha transcurrido un año o más desde el momento en que se vinculó al grupo de compañías Skandia en Colombia, debe adjuntar el Formato Solicitud de Vinculación Información Básica del Cliente Persona Natural, indicando en dicho documento que corresponde a una actualización e incluyendo los anexos correspondientes exigidos por este.

Información Beneficiarios

Recuerde que el total de porcentajes asignados a los beneficiarios debe sumar 100%
* Campos obligatorios para los beneficiarios.

Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio

Voluntarios

Nombres y Apellidos*	Documento de Identidad* Tipo	Documento de Identidad* Número	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	%*	Parentesco*

Seguro Individual de Pensiones - Skandia Crea Retiro

Voluntarios

Nombres y Apellidos*	Documento de Identidad* Tipo	Documento de Identidad* Número	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	%*	Parentesco*
Beneficiario Principal					
Beneficiario 1					
Beneficiario 2					

RC Registro Civil - **TI** Tarjeta de Identidad - **CC** Cédula de Ciudadanía - **CE** Cédula de Extranjería - **P** Pasaporte

*En caso de que un beneficiario fallezca ¿Desea usted realizar una redistribución automática del porcentaje asignado a éste entre los otros beneficiarios? (Acrecimiento)
SI☐ NO☐

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fiducia Mercantil

Solo diligencie esta información si ha cumplido con las condiciones y documentos requeridos para la constitución de un negocio fiduciario como beneficiario del seguro de vida solicitado mediante el presente formato.

Skandia Fiduciaria S.A como administradora del contrato de Fiducia Mercantil _____Nombre del fideicomiso_____que surgirá a la vida jurídica en el momento en que se cumplan las condiciones suspensivas previstas en el mismo, con un porcentaje de beneficio de _____%.

Aplica únicamente para Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio.

Cuestionario Médico y declaración de asegurabilidad del Asegurado

* Aplica únicamente para Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio
* Para los numerales 4 al 13 seleccione sólo una opción e indique con una X su respuesta. En caso de seleccionar 'SI', proporcione la información solicitada en las casillas correspondientes.

1. Edad: _____

2. Estatura: _____

3. Peso: _____

4. ¿Ha padecido alguna enfermedad física o mental por la cual haya sido incapacitado , incluso haya sido hospitalizado? SI ☐ NO ☐

5. Ha sentido/sufrido o ha sido diagnosticado de:

   a. Infarto al miocardio, molestia del corazón, dolor del pecho, hipertensión, soplo cardiaco u otra enfermedad cardiovascular. SI ☐ NO ☐
   b. Cáncer, tumor, leucemia u otra enfermedad sanguínea. SI ☐ NO ☐
   c. Hepatitis, enfermedad del hígado, aparato digestivo, riñones, aparato urológico (incluyendo próstata) o ginecológico (incluye alteraciones a las mamas). SI ☐ NO ☐
   d. Diabetes, colesterol alto, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, asma u otra enfermedad respiratoria crónica. SI ☐ NO ☐
   e. Epilepsia, derrame o infarto cerebral, parálisis u otra enfermedad del sistema nervioso. SI ☐ NO ☐
   f. Trastorno mental, ansiedad, depresión, abuso de alcohol o adicción a las drogas. SI ☐ NO ☐
   g. Alguna otra enfermedad no mencionada. SI ☐ NO ☐

6. ¿Ha recibido tratamiento médico en relación con el VIH, el SIDA o alguna enfermedad de transmisión sexual o ha tenido pruebas sanguíneas positivas para los anticuerpos del virus SIDA (VIH)? SI ☐ NO ☐

7. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico, psiquiátrico, psicológico o de cualquier tipo, o tiene programado someterse a alguna cirugía? SI ☐ NO ☐

SI ALGUNA DE LAS REPUESTAS FUE AFIRMATIVA, POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Pregunta / Inciso	Enfermedad / Lesión	Fecha de Inicio	Tipo de Tratamiento	Estado Actual

8. ¿Tiene antecedentes de haber solicitado algún seguro de vida individual? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la aseguradora	Suma asegurada	¿Solicitud declinada, diferida o aceptada en condiciones especiales?	¿En vigor?

9. ¿Ha recibido asesoría, terapia o tratamiento por el consumo de alcohol o cualquier otra droga psicoactiva? SI ☐ NO ☐

10. ¿Fuma actualmente? Indique el número de cigarrillos al día _____ SI ☐ NO ☐

11. ¿Desarrolla regularmente una actividad laboral o extracurricular tales como: pilotaje de avión no comercial, en globo aerostático, paracaidismo, parapente, vuelo en ala delta, montañismo, bungee jumping, tauromaquia, automovilismo, motociclismo, buceo, deportes ecuestres, esquí, boxeo, artes marciales, espeleología o alguna actividad o deporte de riesgo que pueda exponer su vida o aumentar el riesgo normal de sufrir una lesión? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo por favor indique frecuencia:

_____

_____

12. ¿Su padre, madre y/o hermanos (vivos o fallecidos) han sido diagnosticados antes de los 55 años con diabetes, enfermedad cardiaca, presión arterial alta, colesterol alto, cáncer, enfermedades mentales, depresión o cualquier otra enfermedad hereditaria o familiar? SI ☐ NO ☐

13. ¿Hay otros factores no revelados en este documento que ya han afectado o puedan afectar su salud en el futuro? SI ☐ NO ☐

¿Cuales?

_____

_____

En caso de necesitarse información adicional con respecto a su estado de riesgo, se podrá solicitar esta misma o requisitos adicionales de asegurabilidad, según lo enunciado en las respuestas anteriores.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Información Adicional del Asegurado

En los dos últimos años ha recibido indemnizaciones de seguros de vida? SI ☐ NO ☐		
Si la respuesta es positiva suministre la siguiente información:		
Fecha Día | Mes | Año	Compañía	Valor de la Indemnización
Fecha Día | Mes | Año	Compañía	Valor de la Indemnización

Información del Seguro Solicitado*

Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio

Prima mensual $_____	Número de mensualidades necesarias para alcanzar el Objetivo de Ahorro **_____	Forma de Pago Débito Automático ☐ Descuento por Nómina ☐
Aumento Anual de la prima: No ☐ 3% ☐	Tipo de Prestación: Pago Único ☐ ***Renta Temporal ☐	

Para sumas aseguradas superiores a $400.000.000 COP el asegurado deberá presentar requisitos de asegurabilidad adicionales establecidos por Skandia Seguros de Vida S.A. Para realizar pagos a través de Descuento por Nómina, deberá seguir las instrucciones que le dé su empleador.
* Suministre únicamente la información del seguro que está solicitando.
** El objetivo de ahorro es una proyección que en ningún caso es garantía de futuros resultados.
***Las condiciones propias de este tipo de prestación se establecerán en el momento en que se haga efectivo el pago.

Seguro Individual de Pensiones - Skandia Crea Retiro

Edad de Jubilación: Años	Modalidad de Pensión: Pago único de Pensión ☐ Pago pensión vitalicia sin sobrevivencia ☐ Pago pensión vitalicia con sobrevivencia ☐
Periodicidad del pago: Único ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐	
Relacione las declaraciones e indemnizaciones realizadas por conceptos de seguros:	

Cuenta Registrada para Devoluciones por Revocación o Terminación

Declaro que el manejo de la cuenta con el banco es mi entera responsabilidad, y por lo tanto Skandia no se hará responsable de reclamos, pérdidas o gastos relacionados con las mismas.

Entidad	Número de Cuenta		Tipo de Cuenta Ahorros ☐ Corriente ☐
Sucursal		Ciudad	

Autorización de recaudo electrónico a través de débito automático

A través de esta opción usted podrá habilitar su cuenta bancaria y/o tarjeta de crédito para realizar el recaudo electrónico a través de débito automático del pago de sus primas del producto solicitado (para tarjeta de crédito solo aplica para Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio. Esta autorización aplicará para el producto que está solicitando siempre y cuando le sea otorgado el seguro de vida.

Autorización

Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio **Tipo de Recaudo Electrónico** Cuenta bancaria ☐ Tarjeta de crédito ☐

Características del recaudo electrónico

*Valor (el monto mínimo por operación es de $100.000 y el máximo es de $20.000.000 para cuenta bancaria) $		Valor en letras	
Frecuencia del débito Mensual ☐ Única ☐	**Fecha de inicio del débito automático Día | Mes | Año	**Día del mes para realizar débitos posteriores	
Información de Tarjeta de crédito	Vigencia del débito para Frecuencia Mensual (Este campo solo aplica si usted eligió frecuencia de **débito Mensual**) Seleccione la opción de pago mensual) •Durante vigencia de póliza ☐ •Pagos definidos ☐ → Cuantos pagos? ____	Número de cuotas a diferir cada débito # _____ (máx 36 cuotas)	
	4 Últimos dígitos	Código Registro Seguro (enviado por SMS 87553) #_____	Franquicia Visa ☐ Master Card ☐	Fecha vencimiento Mes | Año
Información de cuenta bancaria	Entidad bancaria	Tipo de cuenta ahorros ☐ Corriente ☐	Número de cuenta

Autorización

Seguro Individual de Pensiones - Skandia Crea Retiro

*Valor (el monto mínimo por operación es de $100.000 y el máximo es de $20.000.000) $		Valor en letras	
Frecuencia del débito Mensual ☐ Única ☐	**Fecha de inicio del débito automático Día | Mes | Año	**Día del mes para realizar débitos posteriores	
Información cuenta bancaria	Entidad bancaria	Tipo de cuenta Ahorros ☐ Corriente ☐	Número de cuenta

*Autorizo a Skandia realizar la gestión de actualización del valor del débito con la entidad bancaria correspondiente, en el momento de realizar incrementos automáticos de la suma asegurada. Aplica únicamente para Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio.
** Autorizo y declaro conocer que el primer débito será programado por Skandia en la fecha mas próxima a la radicación de esta solicitud. Los débitos posteriores serán realizados el día del mes registrado en este documento. En caso del que el día del mes registrado corresponda a un día no hábil, el débito se hará al día hábil siguiente. Para cuenta bancaria esta fecha debe ser como mínimo 8 días hábiles posteriores a la Fecha de Diligencimiento de este formato. Para tarjeta de crédito esta fecha debe ser como mínimo 2 días hábiles posteriores a la Fecha de Diligencimiento de este formato. Aplica únicamente para Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio

Condiciones para debitar cuenta bancaria

Como titular de la(s) Cuenta(s) Bancaria(s) Autorizada(s) declaro que conozco, acepto y autorizo incondicionalmente que: (1) la información aquí contenida será utilizada por la Compañía seleccionada en la Autorización de Protección de Datos y de acuerdo a las condiciones ahí descritas, en adelante la Compañía. (2) Bancolombia es el operador del servicio de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático respecto de los productos que actualmente tengo con la Compañía, (3) soy el único titular de la(s) Cuenta(s) Bancaria(s) Autorizadas(s), (4) las Entidades Bancarias que permiten el Recaudo Electrónico a través de Débito Automático bajo la dirección operativa de Bancolombia son las siguientes, sin perjuicio de que tales Entidades puedan variar en el tiempo por efecto del mantenimiento o no de los acuerdos que cada una de ellas mantenga vigente: Banco de Bogotá, Bancolombia, Banco Popular, Banco Santander, Citibank, Banco GNB Sudameris Colombia, Itaú Corpbanca Colombia, Colpatria, Banco de Occidente, Banco Caja Social, Banco Davivienda, Banco AV Villas y BBVA, (5) el Recaudo Electrónico a través de Débito Automático autorizado se podrá hacer a partir de la Fecha para inicio del débito automático y con la Frecuencia de la Operación por mí establecida, siempre que la(s) Cuenta(s) aquí Autorizadas(s) tenga(n) fondos disponibles y que la fecha definida para el débito automático sea día hábil; si dicha fecha no fuere día hábil, el débito se hará el día hábil siguiente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

"En consecuencia la entidad Bancaria registrada, a la cual corresponde mi cuenta, podrá abstenerse de realizar el débito automático por la no existencia de fondos disponibles para ello o por la presentación de alguna causal que lo impida; razón por la cual la entidad bancaria podrá proceder con el débito automático en el momento que existan fondos suficientes para cubrir el valor total a debitar, lo cual podrá realizarse en una fecha diferente a la definida para el débito automático. Por lo anterior, la Compañía no tiene injerencia sobre la cuenta bancaria y procedimientos referidos, salvo que por inconvenientes de índole técnico u operativo atribuibles a Skandia, Bancolombia no pueda prestar el servicio de Recaudo Electrónico a través de débito automático, situación en la cual el débito podrá realizarse en una fecha diferente a la indicada. Así mismo, la Entidad bancaria registrada a la cual corresponde mi cuenta, podrá abstenerse de realizar el débito automático si no existen fondos disponibles para ello o si se presenta alguna causal que lo impida; y si deseo habilitar una nueva cuenta para el servicio que por el presente documento autorizo, debo diligenciar una nueva Autorización de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático. Para efectos de cualquier otro cambio o modificación del servicio, podré realizarlos por medio de los canales de servicio que la Compañía pone a mi disposición; (6) Las reclamaciones derivadas por equivocaciones o errores ocasionados por la Compañía o Bancolombia, podrán ser gestionados en cualquier momento, frente a la Compañía y/o la Entidad Bancaria, respectivamente. (7) para nuevos contratos y/o pólizas, el Valor a Debitar inicial a través de Débito Automático cumple con el (los) monto(s) mínimo(s) de ingreso establecidos por la Compañía para cada uno de tales contratos y/o pólizas. (8) La compañía instruya a Bancolombia para que éste a su vez ejecute la operación de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático de la(s) Cuenta(s) Autorizada(s) en este documento para acreditar los Valores a Debitar indicados en lo(s) contrato(s) y/o póliza(s) arriba mencionado(s) en los tiempos establecidos por el operador del servicio de Recaudo Electrónico, quedando exonerada La Compañía por cualquier demora en estos tiempos. (9) La Compañía conserve el presente documento en su sede; (10) La Compañía envíe a Bancolombia y/o a las Entidades Bancarias la información aquí contenida y cualquier otra relacionada con el servicio que aquí se autoriza, por medio electrónico o escrito con el único objetivo de que pueda darse cumplimiento al servicio de Recaudo Electrónico a través de Débito Automá-tico. (11) la Entidad Bancaria donde tengo la cuenta bancaria, pueda debitar dicha cuenta en una fecha diferente a la inicialmente prevista en esta Autorización en los casos previstos en estas Condiciones. Como titular de la(s) Cuenta(s) Autorizada(s) me obligo a: (1) mantener fondos suficientes en la(s) Cuenta(s) Autorizada(s) indicada para cubrir las operaciones de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático arriba indicadas; (2) mantenerme como único titular de la(s) Cuenta(s) Autorizada(s), ya que en la(s) cuenta(s) compartida(s) no es posible ejecutar el débito automático, razón por la cual, la Compañía no es responsable en el evento en que se incumplan estas obligaciones.

Reglamento pagos preautorizados BANCOLOMBIA

En relación a las "Condiciones para débito cuenta bancaria" descritas anteriormente, El Tomador/Asegurado (en adelante "El Cliente") acepta el conocimiento de los términos y condiciones del reglamento de pagos preautorizados Bancolombia presentado a continuación: 1. El Cliente autoriza a Bancolom-bia S.A. (en adelante "El Banco") para debitar el valor del Recaudo Electrónico determinado por el cliente, de su Cuenta Corriente o de Ahorros, o afectar el cupo de su Tarjeta de Crédito que tenga con el Banco o con las entidades bancarias que permiten Recaudo Electrónico a través de débito automático o afectar el cupo de otro depósito y/o instrumento de pago habilitado por el Banco y aceptado por El Cliente. 2. El Cliente se compromete a tener los fondos suficientes en sus cuentas o depósito, o a mantener la disponibilidad de cupo, según el caso, para cubrir el valor del Recaudo Electrónico el día de cobro. 3. El Banco se encuentra autorizado para entregar la suma debitada a Skandia Compañía de Seguros de Vida S.A. (En adelante "La Entidad Recaudadora"), y a entregar información por cualquier medio o sistema, a las entidades o sistemas involucradas en la transacción y relacionada con la misma. Así mismo acepta que la Entidad Recaudadora, si fuere el caso, conserve la presente autorización. 4. El Banco debitará el valor del Recaudo Electrónico de las cuentas de ahorros, siempre que no implique disminuir el saldo mínimo exigido por el banco de acuerdo con el Reglamento de Ahorros aprobado por la Superintendencia Financiera de Colombia. 5. De acuerdo con las instrucciones dadas por el Cliente, el Banco está autorizado para recibir de la Entidad Recaudadora, un archivo con la información de los valores a debitar y fechas de pago con el fin de procesarlos y hacer las trasferencias correspondientes a favor de la Entidad Recaudadora. 6. Es entendido que el Banco procesará la orden de recaudo recibida de la Entidad Recaudadora, y por lo tanto, no asume ninguna responsabilidad por el valor o fecha de cobro indicados en la misma o por cualquier otra circunstancia derivada de la relación o negocio existente entre el Cliente y la Entidad Recaudadora. 7. Para efectos de atender la orden del Cliente, El Banco podrá debitar de la cuenta corriente y/o de ahorros, o del depósito y/o instrumento de pago o cargar a la tarjeta de crédito, en una fecha diferente a la indicada por la Entidad Recaudadora en aquellos casos en los que la Entidad Recaudadora y/o El Banco tengan inconvenientes de índole técnico u operativo que no permitan debitar de la cuenta o cargar el valor oportunamente. 8. El Cliente conoce que los registros, extractos, o cualquier comprobante que se origine de las autorizaciones dadas por el Cliente para el Recaudo Electrónico, constituyen medios de prueba. 9. El Cliente deberá notificar inmediatamente a la Entidad Recaudadora, quien a su vez deberá informar a El Banco mediante el proceso definido, cualquier novedad, modificación o retiro del servicio. 10. En el evento de cambio de la tarjeta de crédito por renovación o reposición, El Cliente autoriza a El Banco para que afilie el nuevo número de tarjeta de crédito a las facturas u órdenes de Recaudo Electrónico aquí descritas, siempre y cuando la afiliación inicial a este servicio se hubiere efectuado directamente ante El Banco. Si la afiliación la hubiese efectuado El Cliente directamente ante la Entidad Recaudadora, El Cliente deberá informar a la Entidad Recaudadora para que ésta procese la novedad y suministre a El Banco la información en debida forma. 11. Con diez (10) días hábiles de antelación a la fecha en la cual se van a hacer efectivos los pagos pre autorizados, El cliente podrá cancelar la autorización para la realización de éstos mediante comunicación escrita dirigida a la Entidad Recaudadora, quien a su vez no renovará la instrucción del débito con el Banco. El Banco no será responsable por el débito automático, si la contraorden no es presentada en la forma indicada. 12. Si el Cliente es titular de una cuenta de ahorros, corriente o tarjeta de crédito en Bancolombia S.A. (en adelante "Cliente Bancolom-bia"), podrá consultar los valores debitados, o cargados a través del extracto de su cuenta, el cual será enviado por el Banco o puesto a disposición en la Sucursal Virtual o por cualquier otro medio. Cualquier reclamación que tenga su origen en la orden de recaudo recibida de la Entidad Recaudadora o por circunstancias inherentes al producto o servicio que dicha entidad le factura al Cliente, deberán ser presentadas directamente a la Entidad Recaudadora. 13. Si es Cliente Bancolombia y no dispone de cupo o fondos suficientes para cubrir el valor del Recaudo Electrónico, el Banco no cargará el valor, salvo que el Banco llegare a conceder facilidades de sobregiro o crédito, evento en el cual, las tasas de interés, plazo y demás condiciones, se regirán por los convenios particulares vigentes al momento de su otorgamiento. 14. El Banco no asumirá ninguna responsabilidad frente al Cliente o a la Entidad Recaudadora cuando se presenten inconsistencias al cargar la cuenta o el cupo de la tarjeta de crédito tales como cuenta cancelada, cuenta saldada, cuenta en sobregiro, cuenta embargada, saldo en canje, titular fallecido, tarjeta bloqueada, tarjeta cancelada o cualquier otro problema no imputable al Banco que no permita cargar el valor del Pago Pre autorizado. Tampoco será responsable por transacciones que no se puedan efectuar por problemas de línea o de congestión, fuerza mayor, caso fortuito o cualquier otra circunstancia no imputable al Banco. 15. El Banco puede cancelar, limitar o adicionar los términos y condiciones de este reglamento de acuerdo con la Ley, y dará aviso por escrito a la Entidad Recaudadora con mínimo treinta (30) días calenda-rio de anticipación a la entrada en operación de tal cancelación, limitación o adición; la Entidad Recaudadora a su vez le informara al cliente de dicho cambio; si anunciada la modificación el cliente no manifiesta por escrito su decisión de excluirse de este servicio dentro de los quince (15) días calendario siguientes al anuncio, o continua ejecutándolo, se entenderá que acepta incondicionalmente las modificaciones introducidas 16. El Banco se reserva la facultad de suspender limitar o cancelar el servicio por motivos de seguridad, uso indebido o cuando exista una causa razonable.El Cliente asumirá los impuestos y gravámenes que se deriven del presente servicio. 18. El presente servicio es de término indefinido, salvo que una de las partes notifique por escrito a la otra su decisión de suspenderlo o la Entidad Recaudadora suspenda el contrato de servicio de recaudo con el Banco.El reglamento presentado anteriormente hace relación únicamente al vínculo entre Bancolombia y Cliente Bancolombia para el servicio de débito automático, por lo tanto no es exigencia del producto adquirido con Skandia Colombia.

Condiciones para debitar tarjeta de crédito

Como titular de la(s) tarjeta(s) de crédito autorizada(s) declaro que conozco, acepto y autorizo incondicionalmente que: 1) se haga el uso de la información por la Compañía seleccionada en la Autorización de Protección de Datos y de acuerdo a las condiciones ahí descritas, en adelante la Compañía. (2) CredibanCo sea el operador del servicio de Recaudo electrónico a través de Débito Automático con tarjeta de crédito respecto de los productos que actualmente tengo o los que deseo vincularme con la Compañía, (3) Soy el único titular de la(s) Tarjeta(s) de Crédito Autorizadas(s), (4) las Entidades Emisoras de tarjeta de crédito (Bancarias, Compañías de financiamiento y Cooperativas) que permiten el Recaudo Electrónico a través de Débito Automático con tarjeta de crédito bajo la dirección operativa de CredibanCo, son aquellas que tengan sede en territorio colombiano y operen con las franquicias, VISA y Master Card.(5) El Recaudo Electrónico a través de Débito Automático de tarjeta de crédito autorizado se podrá hacer a partir de la fecha para inicio del Débito Automático y con la frecuencia de la operación por mí establecida, siempre que la(s) tarjeta(s) de crédito aquí Autorizadas(s) tenga(n) cupo disponible y que la fecha definida para el Débito Automático sea día hábil; si dicha fecha no fuere día hábil, el débito se hará el día hábil siguiente. En consecuencia la Entidad Emisora a la cual corresponde mi tarjeta de crédito, podrá abstenerse de realizar el Débito Automático por la no existencia de cupo disponible para ello o por la presentación de alguna causal que lo impida; razón por la cual el banco emisor podrá proceder con el Débito Automático en el momento que exista cupo suficiente para cubrir el valor total a debitar, lo cual podrá realizarse en una fecha diferente a la definida. Por lo anterior, la Compañía no tiene injerencia sobre la tarjeta de crédito y los procedimientos referidos, salvo que por inconvenientes de índole técnico u operativo atribuibles a Skandia y CredibanCo, no puedan prestar el servicio de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático con tarjeta de crédito, situación en la cual el débito podrá realizarse en una fecha diferente a la indicada. Así mismo, la Entidad Emisora de mi tarjeta de crédito, podrá abstenerse de realizar el Débito Automático si no existe cupo disponible para ello o si se presenta alguna causal que lo impida; y si deseo habilitar una nueva tarjeta de crédito para el servicio que por el presente documento autorizo, debo diligenciar una nueva Autorización de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático de tarjeta de crédito.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para efectos de cualquier otro cambio o modificación del servicio, podré realizarlo por medio de los canales de servicio que la Compañía pone a mi disposición. (6)Las reclamaciones derivadas por equivocaciones o errores ocasionados por la Compañía o CredibanCo podrán ser gestionados en cualquier momento, frente a la Compañía y/o a la Entidad Emisora, respectivamente. (7) para nuevas pólizas, el Valor a Debitar inicial a través de Débito Automático cumple con el (los) monto(s) mínimo(s) de ingreso establecidos por la Compañía para cada una de tales pólizas. (8) La Compañía instruya a CredibanCo para que éste a su vez ejecute la operación de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático con tarjeta de crédito, de la(s) tarjeta(s) de crédito Autorizada(s) en este documento para acreditar los Valores a Debitar indicados en la(s) póliza(s) arriba mencionada(s) en los tiempos establecidos por el operador del servicio de Recaudo Electrónico, quedando exonerada La Compañía por cualquier demora en estos tiempos. (9) La Compañía conserve el presente documento en su sede; (10) La Compañía envíe a CredibanCo y/o a las Entidades Bancarias la información aquí contenida y cualquier otra relacionada con el servicio que aquí se autoriza, por medio electrónico o escrito con el único objetivo de que pueda darse cumplimiento al servicio de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático por tarjeta de crédito. (11) CredibanCo como operador del servicio de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático con tarjeta de crédito, cuenta con una política de privacidad de datos personales que podrá ser consultada en la página www.credibanco.com. (12) la Entidad Emisora donde tengo la tarjeta de crédito, pueda debitar dicha tarjeta en una fecha diferente a la inicialmente prevista en esta Autorización en los casos previstos en estas Condiciones. Como titular de la(s) tarjeta(s) de crédito Autorizada(s) me obligo a: (1) mantener cupo suficientes en la(s) tarjeta(s) de crédito Autorizada(s) para cubrir las operaciones de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático con tarjeta de crédito arriba indicadas; (2) mantenerme como único titular de la(s) tarjeta(s) de crédito autorizada(s), ya que con tarjetas de crédito de terceros (otro titular) no es posible ejecutar el débito automático, razón por la cual, la Compañía no es responsable en el evento en que se incumplan estas obligaciones.

Declaración de Origen de Fondos

Quien suscribe esta solicitud declara que los dineros que entregará a Skandia Seguros de Vida S.A. como prima provienen y provendrán de las siguientes fuentes_____ (arrendamientos, salario, inversiones, etc.). Igualmente declaro bajo la gravedad de juramento que los recursos no provienen ni provendrán de ninguna actividad ilícita de las contempladas en la ley.

Declaraciones

- En relación con el origen de fondos, declaro a Skandia Seguros de Vida S.A., que los recursos que se entregarán como prima provienen de las fuentes mencionadas y no provienen de ninguna actividad ilícita, que no admitiré que terceros efectúen pagos a mi nombre con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a dichas actividades.
- Declaro que la información suministrada en este documento es verídica y me comprometo a actualizarla anualmente.
- Declaro que he leído y comprendido los textos de esta solicitud.
- Declaro que recibí y entendí la información referente al producto, en especial las condiciones generales de la póliza.
- Conozco y acepto que al presentar esta solicitud Skandia Seguros de Vida S.A. no está obligada a otorgar el Seguro de Vida.
- Declaro que 1) Mi intermediario de seguros (Financial Planner / asesor de seguros) me ha suministrado información clara y suficiente sobre las características del producto. 2) En el evento en que mi intermediario de seguros sea empleado de Skandia Pensiones y Cesantías S.A. (entidad prestadora) y me haya brindado información de los productos de Skandia Seguros de Vida S.A (entidad usuaria), conozco que dichas compañías tienen celebrado un contrato de uso de red para la promoción y gestión de sus operaciones, por virtud del cual actúa dicho intermediario de seguros; 3) Mi intermediario de seguros me ha dado la información referente al alcance de los amparos y exclusiones, el periodo de vigencia de la póliza, el valor asegurado, el valor de la prima comercial y sus penalidades por mora o no pago, los procedimientos a tener en cuenta en el momento de presentarse un siniestro y todo lo relacionado a los requisitos de Asegurabilidad.
- Solicito me sea suministrado a través de medios electrónicos, telefónicos o físicos, a las direcciones y sitios atrás suministrados cualquier información que esté relacionada con los servicios que Skandia Seguros de Vida S.A. presta. En caso de que me sea aprobada la solicitud de la póliza, solicito a Skandia Seguros de Vida S.A. la adjudicación de una clave de acceso para usar los servicios electrónicos ofrecidos en los mismos términos y condiciones aquí establecidas. Acepto la responsabilidad por el uso y la confidencialidad de las claves que son entregadas por Skandia Seguros de Vida S.A., las cuales son personales e intransferibles, declaro conocer los perjuicios del mal uso de las claves que pueda ocasionar a Skandia Seguros de Vida S.A. y poner en práctica las recomendaciones de seguridad en cuanto al uso de las claves de acceso a los servicios transaccionales informado por Skandia Seguros de Vıdá S.A. Autorizo a Skandia Seguros de Vida S.A. la entrega de las claves correspondientes a los servicios electrónicos y telefónicos por los medios que Skandia Seguros de Vida S.A. disponga.
- En caso de que me sea aprobada la solicitud de la póliza me obligo a notificar a Skandia Seguros de Vida S.A.: (i) La pérdida o robo de las claves de acceso al portal web, audio respuesta. (ii) El uso no autorizado de las claves. (iii) Alguna falla, error o hecho en la utilización de las claves o direcciones anteriormente especificadas, (iv) pérdida o violación de los medios usados como factor de autenticación para transacciones en el portal de clientes y audio respuesta (v) acceso de terceros a las direcciones de correo electrónico o claves de acceso del portal de clientes o audio respuesta. Así mismo, en calidad de usuario de los servicios de Skandia Seguros de Vida S.A., reconozco mi responsabilidad de notificar de forma inmediata cualquier violación y/o incidente, que se presente con mi(s) clave(s) de acceso a las plataformas transaccionales de Skandia Seguros de Vida S.A.

Recomendaciones de Seguridad

Tenga presente que de acuerdo con lo establecido por Skandia Seguros de Vida S.A., (en adelante Skandia) en ningún caso se puede entregar dinero en efectivo destinado a su producto de seguros en las oficinas de Skandia . Tampoco debe entregar dinero en efectivo a su Intermediario de Seguros.

- Skandia ni las empresas con las cuales tenga contratos de Agencia Comercial o Agencia de Seguros, ni las personas vinculadas a Skandia o a las mencionadas empresas por cualquier tipo de contrato sea o no laboral, están facultadas para recibir dinero en efectivo por parte de los clientes de Skandia.

- Por su Seguridad:

a) No permita que terceros diligencien por usted el formato de solicitud de seguro o cualquier otro documento transaccional, relacionado con cualquier producto de Skandia.

b) No entregue a terceros o a su intermediario de seguros formatos de solicitud de seguro o cualquier otro documento transaccional, relacionado con cualquier producto de cualquiera de las compañías del grupo Skandia , sin que estén completa y debidamente diligenciados por usted.

c) Tenga presente que su Intermediario de Seguros no está autorizado para diligenciar o firmar por usted los formatos de solicitud de seguro o cualquier otro documento transaccional.

Proceso Simplificado Reclamación de Siniestros

Para reclamar el seguro deberá seguir los siguientes pasos:

1. Diligenciar el Formato de indemnización de Seguros y adjuntar los documentos solicitados en el mismo.(el cual puedes descargar en la opción de formatos de la sección de Servicio al Cliente en www.skandia.com.co)
2. Enviar la documentación completa al correo cliente@skandia.com.co o radicarla en alguna de nuestras oficinas a nivel nacional.
3. Skandia Seguros de Vida S.A., hará el análisis del caso.
4. Se notificará la definición del caso y los pasos a seguir.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Autorización para el Tratamiento de Información Personal

Usted en calidad de titular de su información personal autoriza a **Skandia Seguros de Vida S.A.**, como responsable del tratamiento de sus datos (en adelante y para efectos de esta autorización "El Responsable"), para los fines descritos a continuación y de conformidad con las siguientes declaraciones:

Declaración y Derechos del Titular de los datos. Declaro que he sido informado que: (i) El Responsable, actuará en los términos de la Ley de Protección de Datos como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales; (ii) Ha puesto a mi disposición la línea de atención nacional 01 8000 517 526, el correo electrónico cliente@skandia.com.co y las oficinas de atención al cliente a nivel nacional, cuya información puedo consultar en www.skandia.com.co, disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos como titular del dato previstos en la Constitución y la ley, especialmente a conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información personal, así como a revocar el consentimiento cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; (iii) Mis datos serán tratados observando la Política de Tratamiento de Información disponible en www.skandia.com.co/proteccion-de-datos/; (iv) Es voluntario responder preguntas que eventualmente sean realizadas sobre datos sensibles[1] o datos de menores de edad[2] , y que éstos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a El Responsable y a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales con las siguientes finalidades:

1. Fines necesarios para la ejecución del contrato y/o prestación del Servicio. (i) Efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo de la etapa precontractual, contractual y pos contractual con El Responsable, respecto de cualquiera de los productos o servicios ofrecidos por El Responsable, que haya adquirido o respecto de cualquier relación negocial subyacente que tenga con el mismo, así como dar cumplimiento a la ley colombiana o extranjera y a las órdenes de autoridades judiciales o administrativas; (ii) gestionar trámites, tales como solicitudes, quejas y reclamos, y realizar análisis de riesgos; (iii) Dar a conocer, transferir y/o trasmitir mis datos personales en consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera e implementar servicios de computación en la nube y/o administrar la información en sistemas y/o plataformas tecnológicas, de acuerdo con los demás fines descritos en este documento; (iv) Suministrar a autoridades, entes de control, asociaciones gremiales y a los sistemas manejados por éstas, los datos personales necesarios para la realización de estudios y en general la administración de sistemas de información del sector correspondiente, cuando aplique; (v) Consultar, recolectar, proporcionar a terceros con quienes el responsable posea un vínculo comercial, legal y/o contractual y reportar la información que repose en operadores de bancos de datos de información financiera de que trata la Ley 1266 de 2008 o las normas que la modifiquen o sustituyan para las siguientes finalidades: cálculo de riesgo crediticio, fines comerciales, de mantenimiento de la relación contractual con el Responsable, estudios de mercado, investigaciones, estadísticas, reporte a entidades públicas y cumplimiento de la normatividad aplicable al Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo; (vi) Acceder, consultar los datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública (entre otros, los Ministerios, Entes de Control, los Departamentos Administrativos, la DIAN, la Fiscalía, Registraduría Nacional del Estado Civil, Juzgados, tribunales y altas Cortes) ya sea nacional, internacional o extranjera; así como, tratar mis datos personales y suministrarlos a las mismas; (vii) Crear bases de datos para los fines descritos en la política de tratamiento de información y aviso de privacidad, disponibles en www.skandia.com.co/proteccion-de-datos/; (viii) Envío de notificaciones transaccionales a través de medios electrónicos o de transmisión de datos tales como mail y SMS, así como informarme sobre actividades relacionadas a los programas de educación financiera; (ix) Consolidar la información financiera, información de extractos y/o de los productos ofrecidos por las compañías Skandia en un solo documento junto con el extracto o en la visualización de los mismos en el portal transaccional de clientes, en los casos que aplique; (x) Para consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, Skandia Seguros de Vida S.A. pueda acceder a la información sobre mi estado de salud y a mi historia clínica; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a Skandia Seguros de Vida S.A. copia de toda la información que sea requerida **(Aplicable únicamente para productos de Skandia Seguros de Vida S.A.)**

Si ☐ No ☐

2. Tratamiento de los datos realizado por Compañías Skandia. (i) Dar a conocer, transferir y/o trasmitir los datos personales en consecuencia de un contrato de cualquier índole, ley o vínculo lícito que así lo requiera con fines comerciales, de mercadeo y venta cruzada de las empresas vinculadas al grupo Skandia, sus filiales, subordinadas o vinculadas (ii) Efectuar encuestas de satisfacción respecto de los bienes y servicios realizados por empresas vinculadas al grupo Skandia; (iii) Realizar actividades de comercialización de productos, verificación y actualización de información de las empresas vinculadas al grupo Skandia.

Si ☐ No ☐

3. Relacionamiento estratégico. (i) Realizar invitaciones a eventos, mejorar productos y servicios u ofertar nuevos productos y todas aquellas actividades asociadas a la relación comercial o vínculo existente o aquel que llegare a tener con El Responsable; (ii) Efectuar encuestas de satisfacción respecto de los bienes y servicios de sus aliados comerciales; (iii) Realizar actividades de segmentación e inteligencia de clientes; (iv) Transferir o transmitir mis datos personales a terceros diferentes a Skandia con fines comerciales o de mercadeo.

Si ☐ No ☐

Certifico que los datos personales, entre otros, los privados, semiprivados o sensibles, de terceros y menores, en el evento en que se suministren al Responsable, fueron obtenidos de conformidad a la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, así mismo, declaro que cuento con autorización expresa de su(s) titular(es) para transferencia, transmisión y tratamiento del Responsable conforme a los fines anteriormente descritos. En razón de lo anterior, El Responsable podrá solicitar copia de la autorización en cualquier momento u obtenerla directamente del titular con el objeto de ratificar el consentimiento previamente otorgado, de considerarlo pertinente.

Para todo lo anterior otorgo mi autorización expresa e inequívoca a El Responsable para tratar mi información personal y de terceros de quien la suministre, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales y aviso de privacidad disponible en: www.skandia.com.co/proteccion-de-datos/. Así mismo, Autorizo al Responsable a modificar o actualizar su contenido, a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o productos, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico. La información del formato del cual forma parte la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

---

1 Son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos

2 En el evento en que se suministre información de menores de edad, el representante autoriza el tratamiento de los datos para los fines descritos en el presente documento.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Skandia Seguros de Vida
Condiciones de Producto

Con el fin de brindarle información clara sobre nuestros productos, a continuación le presentamos las condiciones más importantes de su póliza adquirida con Skandia Seguros de Vida S.A.

Las condiciones a aplicar corresponden al seguro que usted está solicitando.

	Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio	Seguro Individual de Pensiones - Skandia Crea Retiro
Garantía del Producto	Reembolso de las primas pagadas menos gastos al final de la vigencia del contrato para pólizas que inicien con primas mensuales superiores a COP $504.000. Pólizas con primas mensuales inferiores a este monto no tendrán esta garantía.	
Amparos	• Fallecimiento • Incapacidad Total y Permanente • Pensión por Jubilación Voluntaria	• Pensión de jubilación. • Pensión de jubilación vitalicia.
Plazo	• Plazo mínimo: 10 años • Plazo máximo: 25 años	• Dado por la edad de pensión del asegurado.
Pago de Primas	• El periodo de gracia para el pago de la primera prima es de 60 días. • El periodo de gracia para el pago de primas posteriores es de 30 días. • Cualquier pago que se haga en exceso será comprendido como prima pagada por anticipado, podrá cubrir pagos de meses anteriores y no hará parte de la reserva de ahorro del seguro.	• Con excepción de la primera prima, el período de gracia para el pago de primas es de 30 días.
No pago de Primas	• **No pago de la Primera Prima:** Terminación del seguro automáticamente. • **El no pago de 3 primas en los primeros dos años:** Terminación del seguro automáticamente. Skandia entregará el valor de la reserva de ahorro acumulado a la fecha, menos los gastos de cancelación correspondientes. • **El no pago de 9 primas después de 24 meses:** El seguro sigue vigente. Skandia descontará del valor de la reserva de ahorro los gastos de cancelación correspondientes. Se realiza cobro correspondiente a la prima de riesgo y los gastos de administración correspondientes	• El no pago de las primas dentro del mes siguiente a su vencimiento, no produce la terminación del contrato.
Gastos de Admón.	3.4% E.A. liquidado diariamente sobre el valor de la reserva de ahorro de primas comprometidas. 1.8% E.A. liquidada diariamente sobre el valor del fondo de primas pagadas por anticipado. Cargo fijo anual de $80.000** con incremento del IPC correspondiente al año inmediatamente anterior.	• 3% EA liquidado diariamente sobre el valor de la reserva.
Revocación Anticipada*	La Reserva de Ahorro a devolver será la menor entre la calculada con el portafolio de mercado y el portafolio suavizado. Esto menos el valor de los gastos de cancelación correspondientes y las retenciones conforme a las normas tributarias vigentes a que hubiere lugar.	• No aplica penalización por revocación anticipada de la póliza.
Edades de Ingreso y Permanencia en el Seguro	Edad de Ingreso: De los 18 años a los 60 años Edad de Permanencia: Hasta 75 años por Fallecimiento y 65 años por Incapacidad Total y Permanente	No Aplica

Declaraciones:

- **Declaro que:** (i) He leído y comprendido los textos de este formato; (ii) recibí y entendí la información referente al producto ofrecido por el intermediario de seguros (Financial Planner / asesor de seguros) y (iii) he sido informado que dicho intermediario se encuentra acreditado según los estándares de idoneidad aplicables y que su nombre está listado tanto en los registros de Skandia Compañía de Seguros de Vida S.A. como en los de la Superintendencia Financiera de Colombia disponibles en www.skandia.com.co.

* La revocación anticipada se realizara por solicitud del tomador o asegurado, o por el no pago de las primas.

** Los gastos de administración anuales se incrementaran con el valor del IPC anualmente desde el 2017 en adelante.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

10/09/2020-1409-P-41-00000000000SV009-DR0I
10/09/2020-1409-NT-P-41-00000000000SV009

Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento:

Registro de Firma Tomador

He leído y comprendido la presente Solicitud así mismo certifico que las declaraciones en ella contenidas corresponden a la verdad, y que en ellas no hay una declaración inexacta o reticente

Firma

Identificación No. _____

Huella Índice Derecho
(Dato Sensible)

Registro de Firma Asegurado

Solo registre esta firma en caso que Tomador y Asegurado sean personas diferentes

He leído y comprendido la presente Solicitud así mismo certifico que las declaraciones en ella contenidas corresponden a la verdad, y que en ellas no hay una declaración inexacta o reticente

Firma

Identificación No. _____

Huella Índice Derecho
(Dato Sensible)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Espacio reservado para el intermediario de seguros (Financial Planner / asesor de seguros)

Nombre o Razón Social Agencia		Clave Agencia / Código Empleado Agencia
C.C. o NIT	Ciudad	Firma

Espacio reservado para Skandia

Elaborado por

Anexos Tomador y/o Asegurado:

- ☐ Fotocopia del documento de identidad Tomador.
- ☐ Fotocopia del documento de identidad Asegurado (solo cuando Tomador y Asegurado sean personas diferentes)
- ☐ Cotización firmada en original por el Tomador y/o Asegurado.