

Solicitud y Declaración de Asegurabilidad

Skandia Seguros de Vida S.A.

Póliza de Skandia Seguro de Vida Capital + Seguro



A través de este formato le solicitamos a Skandia Seguros de Vida S.A. un seguro de vida individual. **Este formato solo aplica para los Partícipes que expresen su voluntad de hacer parte de Skandia Capital + Seguro de Fondo Voluntario de Pensión Skandia Multifund**

Ciudad	Fecha de Diligenciamiento	Día	Mes	Año
--------	---------------------------	-----	-----	-----

Información Asegurado

Diligencia todas las casillas sin omitir ninguna, en letra imprenta, tinta negra, sin tachones ni enmendaduras.

Nombres		Apellidos				
Tipo y número de identificación: C.C. ☐ C.E. ☐ Otro*		No.				
Fecha de expedición	Lugar de expedición	Fecha de nacimiento	Ciudad	Departamento	País	
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
Género M ☐ F ☐	Nivel de estudios: Pregrado ☐ Bachiller ☐ Postgrado ☐ Otro: ☐	Dirección de residencia		Barrio	Ciudad	País
Estado civil Soltero ☐ Casado ☐	Separado ☐ Unión Libre ☐	Viudo ☐ Divorciado ☐	No. de hijos	Empresa dónde labora	Cargo	Teléfono
Profesión		Actividad		Correo electrónico		

*Pasaporte - Permiso por protección temporal

Condiciones de Discapacidad

Presentas alguna condición de discapacidad?	SI ☐ NO ☐	Física ó motriz ☐	Auditiva ☐
Visual ☐	Cognitiva ☐	Otra, ¿Cual? _____	

"La información solicitada tiene como propósito dar cumplimiento a la normatividad vigente en lo relativo al Sistema de Atención a los Consumidores Financieros - SAC (Numeral 1 del Capítulo II, Título III, Parte I de la Circular Básica Jurídica CBJ)".

El asegurado acepta, con la firma de este documento, que Skandia Pensiones y Cesantías S.A. (que figura como tomador) realice esta solicitud de seguro de vida.

Información Beneficiarios

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

Beneficiarios	Nombres y apellidos*	Documento de identidad*		Fecha de nacimiento *	%*	Parentesco*		
		Tipo	Número					
				Día	Mes	Año		
				Día	Mes	Año		
				Día	Mes	Año		
				Día	Mes	Año		
				Día	Mes	Año		
				Día	Mes	Año		

RC Registro Civil - TI Tarjeta de Identidad - CC Cédula de Ciudadanía - CE Cédula de Extranjería - P Pasaporte - PPT Permiso por protección temporal

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

Cuestionario médico y declaración de asegurabilidad del Asegurado

Selecciona sólo una opción e indica con una X tu respuesta

1. Edad:	_____
2. Estatura:	_____
3. Peso:	_____
4. ¿Has padecido alguna enfermedad física o mental por la cual hayas sido incapacitado, incluso hayas sido hospitalizado?	SI ☐ NO ☐

Área para sticker de radicación

5. Has sentido / sufrido o sido diagnosticado:

- | | |
|---|---|
| a. Infarto al miocardio, molestia del corazón, dolor del pecho, hipertensión, soplo cardíaco 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. ¿Has recibido tratamiento médico en relación con el VIH, el SIDA o alguna enfermedad de transmisión sexual o has tenido pruebas sanguíneas positivas para los anticuerpos del virus SIDA (VIH)? SI ☐ NO ☐

7. ¿Te encuentras actualmente bajo tratamiento médico, psiquiátrico, psicológico o de cualquier tipo, o tienes programado someterte a alguna cirugía? SI ☐ NO ☐

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUE AFIRMATIVA, POR FAVOR PROPORCIONA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Pregunta / Inciso	Enfermedad / Lesión	Fecha de inicio	Tipo de tratamiento	Estado Actual
_____	_____	Día Mes Año	_____	_____
_____	_____	Día Mes Año	_____	_____
_____	_____	Día Mes Año	_____	_____
_____	_____	Día Mes Año	_____	_____

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

EN CASO AFIRMATIVO POR FAVOR PROPORCIONA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

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

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

10. ¿Fumas actualmente? indica el número de cigarrillos al día _____ SI ☐ NO ☐

11. ¿Desarrollas una actividad laboral o extracurricular que tenga un riesgo inherente (organismo policiaco, militar, seguridad pública, pilotar avión, globo aerostático, paracaidismo, parapente, montañismo, tauromaquia, automovilismo, motociclismo, buceo, deportes ecuestres, esquí, boxeo, artes marciales, o alguna actividad o deporte de riesgo que pueda exponer tu vida o aumentar el riesgo normal de sufrir una lesión? SI ☐ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO POR FAVOR INDICA FRECUENCIA:

12. ¿Tu padre, madre y/o hermanos (vivos o fallecidos) han sido diagnosticados antes de los 55 años con diabetes, enfermedad cardíaca, 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 pueden afectar tu salud en el futuro? SI ☐ NO ☐

¿Cuáles?

Información Adicional del Asegurado

En los dos últimos años has recibido indemnizaciones de seguros de vida?

SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es positiva suministra la siguiente información:

Fecha Día Mes Año	Compañía	Valor de la indemnización
Fecha Día Mes Año	Compañía	Valor de la indemnización

Suma Asegurada

La Suma Asegurada por fallecimiento del Asegurado será variable dependiendo de la edad del Asegurado y de su permanencia en Skandia Capital + Seguro de Fondo Voluntario de Pensión Skandia Multifund. Su cálculo será el establecido en la Condición 4 de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Vida Individual.

Autorización para el Tratamiento de Información Personal

En calidad de titular de tu información personal autorizas a Skandia Seguros de Vida S.A., como responsable del tratamiento de tus datos (en adelante y para efectos de esta autorización "El Responsable"), para 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 sensibles¹ o datos de menores de edad², 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:

- 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 comercial 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 transmitir 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.

SI ☐ NO ☐

- Tratamiento de los datos realizado por Compañías Skandia.** (i) Dar a conocer, transferir y/o transmitir 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 por 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 ☐

- 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.

Declaraciones

- El Asegurado y/o Beneficiario, autorizan a Skandia Seguros de Vida S.A. (en adelante Skandia) para que, con fines estadísticos, de información entre Compañías, consulta o transferencia de datos con cualquier autoridad que lo requiera, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad, se hayan efectuado, así como sobre novedades, referencia, manejo de Póliza y demás servicios que surjan de la relación comercial o contrato que declaran conocer y aceptar en todas sus partes.
- Declaro que la información suministrada en este documento es verídica.
- Declaro que he leído y comprendido los textos de esta solicitud.
- Declaro que recibí y entendí la información referente al producto.
- Conozco y acepto que al presentar esta solicitud Skandia no está obligada a otorgar el Seguro de Vida.
- Declaro que 1) Mi Financial Planner me ha suministrado información clara y suficiente sobre las características del producto. 2) En el evento en que mi Financial Planner 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 Financial Planner; y 3) Mi Financial Planner me ha dado información referente al alcance de los amparos y exclusiones de la póliza, el valor asegurado, los procedimientos a tener en cuenta en el momento de presentarse un siniestro, y todo lo relacionado a los requisitos de Asegurabilidad.
- Declaro conocer que el Seguro de Vida Individual vinculado a Skandia Capital + Seguro de Fondo Voluntario de Pensión Skandia Multifund es un beneficio otorgado por Skandia Pensiones y Cesantías S.A. como tomador de éste, donde me permite actuar como asegurado dentro de dicho seguro.

Recomendaciones de Seguridad

- De acuerdo con lo establecido por Skandia Seguros de Vida S.A. (en adelante Skandia), en ningún caso se podrá entregar dinero en efectivo destinado a ningún producto de las Compañías Skandia, en las oficinas de Skandia.
- Ni los Financial Planners, ni las empresas con las cuales Skandia tenga contratos de Agencias Comerciales o Agencias de Seguros, ni las personas vinculadas a Skandia, por cualquier tipo de contrato sea o no laboral, están facultadas para recibir dinero en efectivo y/o cheque por parte de los clientes de Skandia. Las consignaciones en efectivo y/o cheque deben realizarse directamente en las cuentas recaudadoras de los bancos con los cuales Skandia tiene convenio.
- No permitas que terceros diligencien por ti el formato de solicitud de seguro o cualquier otro documento transaccional, relacionado con cualquier producto de las Compañías del Grupo Skandia.
- No entregues a terceros o a tu Financial Planner formatos de solicitud de seguro o cualquier otro documento, sin que estén completa y debidamente diligenciados por ti.
- Ten presente que tu Financial Planner no está autorizado para diligenciar o firmar por ti los formatos de solicitud de seguro o cualquier otro documento transaccional, como por ejemplo los formatos de retiro, relacionado con cualquier producto de las Compañías del Grupo Skandia.

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

Registro de Firma Asegurado

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

Nombre completo

N° de identificación

Huella índice derecho
(Dato sensible)