

Solicitud y Declaración de Asegurabilidad

skandia

Skandia Seguros de Vida S.A.
Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio
Seguro Individual de Pensiones - Skandia Crea Retiro

Diligencia 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	Día	Mes	Año
--------	---------------------------	-----	-----	-----

Espacio reservado para Skandia

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

Selecciona el seguro que estás 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*																					
Fecha de Expedición			Lugar de Expedición			Fecha de Nacimiento			Ciudad		Departamento		País								
Año			Mes			Día			Año			Mes			Día						
Género		Nivel de Estudios: Pregrado										Otro:		Dirección de Residencia				Ciudad		País	
M		F		Bachiller		Postgrado															
Estado Civil		Soltero		Separado		Viudo		No. De Hijos		Empresa Donde Labora				Cargo		Teléfono					
Casado		Unión Libre		Divorciado																	
Profesión						Actividad Económica				Correo Electrónico											

*Cédula - Cédula de extranjería - Pasaporte - Permiso por protección temporal

En caso que el Tomador y Asegurado sean personas distintas, diligencia 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 diligencia esta información en caso que el Tomador sea una persona jurídica.							
Razón Social				NIT							
Nombres y Apellidos del Representante legal				Tipo de Identificación*							
Número de Identificación		Vínculo entre Tomador y Asegurado		Familiar		Laboral		Comercial		Explique:	

*Cédula - Cédula de extranjería - Pasaporte - Permiso por protección temporal

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, debes 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.

Condición 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)" .

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

Voluntarios	Nombres y Apellidos*	Documento de Identidad*		Fecha de Nacimiento	%*	Parentesco*
		Tipo¹	Número			
				Día Mes Año		
				Día Mes Año		
				Día Mes Año		
				Día Mes Año		
				Día Mes Año		

Solo diligencia esta información si has cumplido 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 _____ que surgirá a la vida jurídica en el momento en el 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.

Questionario Médico y declaración de asegurabilidad del Asegurado

- * Aplica únicamente para Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio
- * Para los numerales 4 al 13 selecciona sólo una opción e indica con una "X" tu respuesta. Questionario Médico y declaración de asegurabilidad del Asegurado En caso de seleccionar 'SI', proporciona la información solicitada en las casillas correspondientes.
- * La información solicitada en este cuestionario se entiende sin perjuicio del derecho al olvido oncológico y demás derechos reconocidos por la legislación vigente.
- * La omisión de información relacionada con condiciones de salud respecto de las cuales exista obligación legal de declaración podrá dar lugar a las consecuencias previstas en la legislación aplicable en materia de retención.

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

5. Has sentido/sufrido o has sido diagnosticado de:

a. Infarto al miocardio, molestia del corazón, dolor del pecho, hipertensión, soplo cardiaco u otra enfermedad cardiovascular.

☐ SI ☐ NO
☐ 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 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 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 puedan afectar tu salud en el futuro?

☐ SI ☐ NO

¿Cuales?

En caso de necesitarse información adicional con respecto a tu estado de riesgo, se podrá solicitar esta misma o requisitos adicionales de asegurabilidad, según lo enunciado en las respuestas anteriores. La aseguradora podrá realizar la evaluación de otros factores de riesgo médico diferentes a los antecedentes oncológicos protegidos por el derecho al olvido, conforme a criterios técnicos y actuariales.

Cuestionario COVID-19 (Coronavirus)

1. Cuestionario para validar la Exposición a COVID-19

1.1 ¿Has resultado positivo en la prueba para el nuevo coronavirus (SARS-CoV2) / COVID19? En caso afirmativo indica la fecha de diagnóstico ☐ SI ☐ NO

Fecha de diagnóstico positivo Día Mes Año

1.2 ¿Has completado un esquema de vacunación contra el SARS-CoV-2 / COVID19?: Confirma el numero de dosis aplicadas: ☐ SI ☐ NO

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

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 ☐

El Asegurado recibirá copia de la póliza junto al kit de bienvenida digital a través del correo electrónico registrado en este formato. Adicionalmente, el Asegurado podrá solicitarla a través de los canales de atención de la Compañía.
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, deberás seguir las instrucciones que te dé tu empleador.
* Suministra únicamente la información del seguro que estás 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 ☐

Relaciona las declaraciones e indemnizaciones realizadas por conceptos de seguros:

Cuentas Registradas para Devoluciones por Revocación Anticipada o Terminación Automática del contrato

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.

Número de Contrato/
Póliza del Asegurado

Entidad bancaria	Tipo de cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente	Número de cuenta
Entidad bancaria	Tipo de cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente	Número de cuenta

En caso de Terminación Automática del Contrato por incumplimiento en el pago de primas, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, el pago de la reserva de ahorro al que haya lugar, será devuelto de la siguiente manera, siempre y cuando la cuenta pertenezca al asegurado:

- En primer lugar se tendrá(n) en cuenta la(s) cuenta(s) registrada(s) en el formato de asegurabilidad para devoluciones.
- En caso de que la(s) cuenta(s) para devoluciones presente(n) algún tipo de bloqueo o rechazo, se girará a la cuenta a la que se hizo el último recaudo electrónico.
- Si no es posible el pago a una de estas cuentas, Servicio al cliente se pondrá en contacto con el Asegurado para recibir una nueva instrucción.

Declaración de origen de fondos

Declaro que tanto mi actividad, profesión u oficio es lícito y lo ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano; los recursos que depositaré, provienen de las siguientes fuentes:

(detalle):
De igual forma, los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas y no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas.

Atentamente me permito declarar el contenido de las respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Te practicarán retención en la fuente sobre el valor de los pagos de primas a realizar? Si ☐ No ☐
Si tu respuesta es "Si", se entiende que el porcentaje de retención contingente a aplicar es 0%. Si tu respuesta es "No", diligencia el siguiente numeral.

2. ¿Los pagos de primas, serán considerados como renta exenta en la declaración de renta del año en que los realice? Si ☐ No ☐
Si tu respuesta es "Si" la retención contingente a aplicar será del 7% , si tu respuesta es "No" será del 0%.

Recuerda que la certificación de estos pagos de prima podrá ser modificada en el momento que requieras, siempre y cuando éstos no hayan sido afectados por una revocación. **Por eso es recomendable que cada vez que vayas a solicitar una revocación, revises previamente la certificación de tus primas y si lo consideras necesario, cambies dicha certificación.**

Declaro conocer que en caso de que alguno de los pagos de prima a realizar, provenga de un origen diferente al establecido en este formato, debo realizar la respectiva certificación de manera individual por alguno de los canales establecidos para este fin por Skandia, es decir, por medio del Portal de Clientes a través de la página web de la Compañía, o radicando el formato Información de Origen de Fondos y Cuenta Contingente que encuentra a su disposición en la sección de formatos del portal de Clientes en la página web de la Compañía.

Autorización de recaudo electrónico a través de débito automático

A través de esta opción podrás habilitar tu cuenta bancaria y/o tarjeta de crédito para realizar el recaudo electrónico a través de débito automático del pago de tus primas del producto solicitado (para tarjeta de crédito solo aplica para Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio). Esta autorización aplicará para el producto que estás 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 ☐ Durante vigencia de póliza ☐ Pagos definidos ☐	¿Cuántos pagos?		Número de cuotas a diferir cada débito # (máx 36 cuotas)
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 ☐ Anual ☐	**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 de 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 Diligenciamiento de este formato. Para tarjeta de crédito esta fecha debe ser como mínimo 2 días hábiles posteriores a la Fecha de Diligenciamiento 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 con las condiciones ahí descritas, en adelante la Compañía. (2) Bancolombia y DRUO S.A.S son los operadores 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) El servicio de débito automático está disponible a través de Bancolombia y/o DRUO S.A.S quienes cuentan con diferentes entidades bancarias y plataformas financieras digitales habilitadas para prestar este servicio. (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. "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 operativos atribuibles a Skandia, Bancolombia y/o DRUO S.A.S no puedan 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 o podré habilitarla a través del portal de clientes en la página web de la Compañía. 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 en la página web de la Compañía.; (6) Las reclamaciones derivadas por equivocaciones o errores ocasionados por la Compañía, Bancolombia o DRUO S.A.S, 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 los contratos y/o pólizas. (8) La compañía instruya a Bancolombia y/o DRUO S.A.S 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; (10) La Compañía envíe a Bancolombia, DRUO S.A.S 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. (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 debitar 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 Bancolombia 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 transferencias 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. 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.

Reglamento pagos preautorizados Bancolombia

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 preautorizados, 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 Bancolombia"), 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 calendario de anticipación a la entrada en operación de tal cancelación, limitación o adición; la Entidad Recaudadora a su vez le informará 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.

Reglamento pagos preautorizados DRUO S.A.S

En relación a las "Condiciones para debitar cuentas bancarias", El Tomador/Asegurado (en adelante "El Cliente") declara y garantiza que: 1. Autoriza a Skandia Compañía de Seguros de Vida S.A. (En adelante "La Entidad Recaudadora") a debitar de su cuenta bancaria en los momentos y por los valores derivados del seguro expedido por la Entidad Recaudadora, de acuerdo con las obligaciones acá descritas mediante el proveedor de servicios de pago, DRUO S.A.S. 2. Autoriza a DRUO S.A.S para que ejecute el débito por instrucción de la Entidad Recaudadora. Dichos débitos pueden efectuarse respecto de su Depósito Electrónico, Cuenta Corriente, Cuenta de Ahorros o cualquier otro vehículo de acumulación (colectivamente "cuentas bancarias") que soporte débito automático y respecto de las cuales se autorice tal débito. 3. Es efectivamente la persona que manifiesta ser, siendo titular de la cuenta bancaria respecto de la cual se autoriza el débito automático, y nos ha proporcionado información precisa, completa, veraz y actualizada sobre nombre y apellido, identificación, número y clase de cuenta, correo electrónico, datos de contacto y demás datos que se requieran para procesar el débito automático aquí autorizado. 4. Permite a La Entidad Recaudadora y a DRUO S.A.S compartir y conservar dicha información por cualquier medio o sistema con las entidades o sistemas involucrados en los débitos automáticos. Los datos recopilados serán utilizados solo para el propósito del débito automático, siempre dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 en materia de Habeas data y protección de Datos personales. 5. Tiene y tendrá los fondos suficientes en sus cuentas bancarias objeto del débito automático, para cubrir el valor de las primas asociadas al seguro expedido por la Entidad Recaudadora, el día del pago de éstas. 6. Entiende que DRUO S.A.S procesa las órdenes de recaudo según instrucción de la Entidad Recaudadora, y por lo tanto, DRUO S.A.S no asume ninguna responsabilidad por el valor o fecha de cobro indicados tales órdenes o por cualquier otra circunstancia derivada de la relación o negocio existente entre el Tomador/Asegurado y la Entidad Recaudadora. 7. Entiende y acepta que el débito de su cuenta bancaria puede ocurrir en una fecha diferente a la indicada por la Entidad Recaudadora por los ciclos de procesamiento entre entidades o por inconvenientes de índole técnico u operativo, la Entidad Recaudadora y Druo S.A.S serán responsables de generar la comunicación al Tomador/Asegurado informando la descripción de la inconsistencia y suministrarán información sobre las acciones tomadas para resolver el inconveniente, de ser ello posible cuando dependan de la Entidad Recaudadora y Druo S.A.S tales acciones. 8. Conoce que los registros, extractos, o cualquier comprobante que se origine de las autorizaciones dadas para el Recaudo Electrónico a través de débito automático, constituyen medios de prueba. 9. Conoce que podrá solicitar la cancelación o suspensión del servicio de débito automático en cuentas bancarias teniendo en cuenta que esto no lo exime de las obligaciones de pago con la Entidad Recaudadora. Para llevar a cabo este proceso, conozco que debo notificar a la Entidad Recaudadora cualquier solicitud de cambio o retiro del servicio de débito automático en cuentas bancarias con al menos diez (10) días hábiles de anticipación a la fecha en la que desee que aplique la modificación con el fin de que ésta pueda procesar la solicitud. Las transacciones en curso o aquellas que se procesen antes de la aplicación de la modificación se procesarán normalmente. 10. Cualquier reclamación que tenga su origen en la orden de recaudo recibida de la Entidad Recaudadora o por circunstancias inherentes al seguro expedido por la Entidad Recaudadora, deberán ser presentadas directamente a la Entidad Recaudadora. 11. DRUO S.A.S no asumirá ninguna responsabilidad frente a mí o la Entidad Recaudadora cuando se presenten problemas no imputables a DRUO S.A.S que no permitan cargar el valor del débito automático correspondiente. Tampoco será responsable por transacciones que no se puedan efectuar por insuficiencia de fondos, fuerza mayor, caso fortuito o cualquier otra circunstancia no imputable a DRUO S.A.S. 12. La Entidad Recaudadora y DRUO S.A.S se reservan la facultad de suspender, limitar o cancelar el servicio por motivos de seguridad, uso indebido o cuando exista cualquier otra causa razonable objetivamente sustentada por la Entidad Recaudadora y DRUO. En dichos casos, se me notificará de tal situación por la Entidad Recaudadora, previa notificación a ésta por parte de DRUO S.A.S cuando la facultad de suspender, limitar o cancelar el servicio haya sido ejercida por DRUO S.A.S; si dicha facultad fue ejercida por la Entidad Recaudadora no aplicará la previa notificación de DRUO S.A.S a ésta. 13. Conoce que es responsable de todos los impuestos y gravámenes que le apliquen por el servicio de débito automático.

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. 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 en la página web de la Compañía. (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.

Condiciones para debitar tarjeta de crédito

(12) la Entidad Emisora donde tengo la tarjeta de crédito, pueda debitar 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.

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 esta obligada a otorgar el seguro de vida.
- Declaro que 1) Mi intermediario de seguros (Financiar Planner asesor de seguros) me ha suministrado la 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 sobre 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.
- Declaro que la información suministrada es completa y veraz, y que he informado todos los diagnósticos, tratamientos, recaídas o recurrencias de enfermedades oncológicas que legalmente me encuentre obligado a declarar.
- Autorizo a Skandia Seguros de Vida S.A. para acceder y tratar la información médica estrictamente necesaria para la valoración del riesgo y el cumplimiento del contrato de seguro, en los términos permitidos por la legislación aplicable, incluida la Ley 2475 de 2025.
- 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 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 intrasferibles, declaro conocer los perjuicios del mal uso de las claves que pueda ocasionar a Skandia Seguros de Vida S.A. y poner en practica las recomendaciones de seguridad en cuanto al uso de acceso a los servicios transaccionales informado por Skandia Seguros de Vida S.A. .Autorizo a Skandia Seguros de Vida S.A.. la entrega de las claves correspondientes a los servicios electronicos y telefónicos por los medios que Skandia Seguros de Vida S.A. disponga.
- En caso de que me esa aprobada la solicitud de la póliza, me obligo a notificar a Skandia Seguros de Vida S.A.: i) la perdida o robo de las claves de acceso al portal web, audio respuesta. ii) El uso no autorizado de claves. iii) Alguna falla, error o hecho en la utilización de las claves o direcciones anteriormente especificadas. iv) perdida 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

Ten 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 debes entregar dinero en efectivo a tu 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 tu seguridad:

- a) No permitas que terceros diligencien por ti el formato de solicitud de seguro o cualquier otro documento transaccional, relacionado con cualquier producto de Skandia.
- b) No entregues a terceros o a tu 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 ti.
- c) Ten presente que tu Intermediario de Seguros no esta autorizado para diligenciar o firmar por ti los formatos de solicitud de seguro o cualquier otro documento transaccional.

Proceso Simplificado Reclamación de Siniestros

Para presentar una reclamación de siniestro deberás 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 la página web de la Compañía.
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.

Autorización para el Tratamiento de Información Personal

En personalidad 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 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 la página web de la Compañía 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 de acuerdo a la Política de Tratamiento de Información disponible en la página web de la Compañía; (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:

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 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 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;

Autorización para el Tratamiento de Información Personal

(vii) Crear bases de datos para los fines descritos en la Política de Tratamiento de Información y Aviso de Privacidad, disponibles en la página web de la Compañía.; 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 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 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.co. 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 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.

Skandia Seguros de Vida

Condiciones de Producto

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

Las condiciones a aplicar corresponden al seguro que estás solicitando.

Seguro de Pensiones - Skandia Crea Patrimonio

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

- Jubilación del asegurado
- Fallecimiento del asegurado
- Incapacidad Total y Permanente

Plazo

- Plazo mínimo: 10 años
- Plazo máximo: 25 años

Pago de primas

- El periodo de gracia para el pago de la primera prima es de 60 días calendario.
- 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 anticipado, podrá cubrir pagos de meses anteriores y no hará parte de la reserva de ahorro del seguro.
- La segunda prima mensual se debe pagar dentro de los 90 días calendario siguientes a la fecha de emisión de la Póliza.

Terminación automática del Contrato

- En caso de no pago de tres (3) Primas no consecutivas durante los dos primeros años de vigencia de la Póliza, el contrato de seguro terminará por no pago de la Prima y Skandia entregará el Valor de Rescate cuya definición y cálculo se explica en la carátula de la póliza. La estimación del Valor de Rescate* se presentó al Asegurado a través de una simulación, la cual fue aceptada por el mismo previamente al inicio del contrato de seguro.
- En caso de no pago de nueve (9) primas no consecutivas (en adición a las tres (3) mencionadas anteriormente) después de que la Póliza haya estado vigente por dos o más años, la Póliza solo se entenderá terminada si el Valor de la Reserva de Ahorro no es suficiente para cubrir el Costo de la prima del riesgo del seguro.

Gastos de administración

- 3.4% E.A. liquidado diariamente sobre el valor de la Reserva de Ahorro; 1.0% E.A. liquidada diariamente sobre el valor de primas pagadas por anticipado; un valor anual incrementado de acuerdo con el IPC del año inmediatamente anterior desde el año 2017. El valor actualizado podrá ser consultado en la página web de la Compañía.

Revocación Anticipada

- El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el Asegurado en cualquier momento mediante aviso escrito a SKANDIA. El Asegurado podrá revocar la Póliza los primeros sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza, caso en el cual recibirá el Valor de la Reserva de Ahorro.

Edades de Ingreso y Permanencia en el Seguro

- Edad de ingreso a la póliza: desde los 18 años.
- Edad máxima de ingreso a la póliza: 60 años cumplidos.
- Edad de permanencia: Hasta 75 años cumplidos para otorgar el amparo de fallecimiento y hasta 65 años cumplidos para otorgar el amparo de Incapacidad Total y Permanente.

Seguro Individual de Pensiones - Skandia Crea Retiro

- Pensión de Jubilación
- Pensión de Jubilación Vitalicia

- Dado por la edad de pensión del asegurado

- La prima debe ser pagada en la cuantía fijada en la carátula de la póliza, en los correspondientes vencimientos, por anualidades completas anticipadas pudiendo fraccionarla en forma mensual, trimestral o semestral.
- Con excepción de la primera prima, el periodo de gracia para el pago de primas es de 30 días.
- Cuando el Asegurado no pague la primera prima o la primera cuota de ésta, Skandia no podrá exigir judicialmente su pago.

- El no pago de las primas dentro del mes siguiente a su vencimiento, no produce la terminación del contrato y Skandia no tendrá derecho a exigir las.

- 3% E.A. liquidado diariamente sobre el valor de la reserva.

- No aplica penalización por revocación anticipada de la póliza

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 la página web de la Compañía. *Valor de rescate: es el valor que se estima que el Asegurado reciba previo descuento de impuestos y retenciones a que haya lugar, en caso de revocar anticipadamente la Póliza o que esta termine automáticamente por no pago de la Prima. El Valor de Rescate es el resultado de restarle a la Reserva de Ahorro los Gastos del Contrato.

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

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)

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

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

Nombre o Razón Social Agencia		Ciudad
Tipo y número identificación*	Número	Clave Agencia / Código Empleado Agencia
Firma		

*Cédula - Cédula de extranjería - Pasaporte - Permiso por protección temporal- NIT

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FOR-0077
202607

16/07/2026-1409-P-41-00000000000SV009-D00I
06/03/2026-1409-NT-P-41-00000000000SV009

15/04/2026-1409-P-41-00000000000SV002-DR00
19/08/2014-1409-NT-P-41-00000000000SV002