

A través de este formato podrás solicitar a Skandia Seguros de Vida S.A. un seguro de vida individual. Diligencia todas las casillas sin omitir ninguna en letra imprenta, tinta negra, sin tachones ni enmendaduras.

Póliza No.
Espacio reservado para Skandia

Ciudad

Fecha de Diligenciamiento

Día

Mes

Año

Producto

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

☐ Seguro de Vida con Ahorro - Skandia Crea Ahorro

☐ Skandia Seguro de Vida e Incapacidad

Información del asegurado

Nombres

Apellidos

Tipo y número de identificación*

Número

Fecha de expedición

Día

Mes

Año

Lugar de expedición

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Lugar de nacimiento

Departamento

País

Género

M

F

Nivel de estudios

Bachiller

Pregrado

Postgrado

Otro

¿Cuál?

Estado civil

Soltero

Casado

Separado

Unión libre

Viudo

Divorciado

No. Hijos

Lugar de residencia

Departamento

Dirección de residencia

Empresa donde trabaja

Cargo

Teléfono

Profesión

Actividad

E-mail

*Cédula - Cédula de extranjería - Pasaporte - Permiso por protección temporal
NOTA: Si el asegurado y tomador son diferentes cada uno debe diligenciar el formulario y registrar su firma en aceptación de la información

Información Tomador Solo diligencia esta información en caso que tomador y asegurado sean personas diferentes

Nombres y Apellidos o Razón Social

Tipo y número de identificación

Número

Fecha de expedición

Día

Mes

Año

Lugar de expedición

Vínculo entre tomador y asegurado

Familiar

Laboral

Comercial

Describe la relación

Nombres y Apellidos del Representante Legal

Tipo y número de identificación

Número

Fecha de expedición

Día

Mes

Año

Lugar de expedición

*Cédula - Cédula de extranjería - Pasaporte - Permiso por protección temporal - Nit
NOTA: Si a la fecha de diligenciamiento de este Formato ha transcurrido un año o más desde el momento en que Tomador Persona Jurídica se vinculó a algún producto del grupo de compañías Skandia en Colombia, Tomador Persona Jurídica debe adjuntar el Formato Solicitud de Vinculación Información Básica del Cliente Persona Jurídica indicando en dicho documento que corresponde a una actualización e incluyendo los anexos correspondientes exigidos por este.

Condición Discapacidad

Presentas alguna condición de discapacidad?

Si

No

Física ó motriz

Auditiva

Visual

Cognitiva

Otra, ¿cuál?

"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%.

Nombres y apellidos	Tipo de identificación	Número de identificación	Fecha de nacimiento	Porcentaje	Parentesco
			Día Mes Año	%	
			Día Mes Año	%	
			Día Mes Año	%	
			Día Mes Año	%	
			Día Mes Año	%	
			Día Mes Año	%	

En el campo de Tipo de identificación debes colocar las siguientes: CC Cédula de Ciudadanía - TI Tarjeta de Identidad - CE Cédula de Extranjería - P Pasaporte - RC Registro Civil

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

Razón social	Número de NIT
Este tipo de beneficiarios solo recibirán una parte de la Suma Asegurada equivalente al monto certificado por la entidad financiera a la fecha de ocurrencia del siniestro, a cargo del Asegurado y a favor de tales Beneficiarios. Aplica para el producto de vida e incapacidad.	
Para inclusión de Beneficiario Oneroso adjuntar certificación expedida por la Entidad Financiera en donde se indique razón social, NIT, valor insoluto de la deuda y número de crédito asociado.	

Skandia Fiduciaria S.A como administradora del contrato de Fiducia Mercantil Escriba el 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 _____ %.

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

Cuestionario Médico y declaración de asegurabilidad del Asegurado Para los numerales 4 al 13 selecciona sólo una opción e indica con una X tu respuesta.

1. Edad años	2. Estatura m	3. Peso Kg	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 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. 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 someterse a alguna cirugía?				☐ SI ☐ NO
Si alguna de las repuestas de las preguntas superiores fue afirmativa, por favor proporciona la siguiente información y adjunta copia de la historia clínica				
Pregunta / Inciso	Enfermedad / Lesión	Fecha de Inicio	Tipo de Tratamiento	Estado Actual
_____	_____	Día Mes Año	_____	_____
_____	_____	Día Mes Año	_____	_____
_____	_____	Día Mes Año	_____	_____
8. ¿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, 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? En caso afirmativo por favor indica frecuencia y modalidad:				☐ SI ☐ NO
12. ¿Tu 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 tu salud en el futuro?				☐ SI ☐ NO
¿Cuáles? _____ _____				
14. ¿Tienes antecedentes de haber solicitado algún seguro de vida individual? En caso afirmativo por favor proporciona la siguiente información				☐ SI ☐ NO
Nombre de la aseguradora	Suma asegurada	¿Solicitud declinada, o aceptada en condiciones especiales?	¿En vigor?	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
NOTA: En caso de haber respondido afirmativa alguna de las preguntas realizadas anteriormente por favor adjunta a este documento copia de la Historia Clínica Actualizada				

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	Cobertura	Valor de la Indemnización			
Fecha									
	Día	Mes	Año	Compañía	Cobertura	Valor de la Indemnización			
Fecha									
	Día	Mes	Año	Compañía	Cobertura	Valor de la Indemnización			

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 diagnostico positivo <table><tr><td></td><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>											Día	Mes	Año
	Día	Mes	Año										
1.2 ¿Ha completado un esquema de vacunación contra el SARS-CoV-2 / COVID19?: ☐ SI ☐ NO													
Confirma el numero de dosis aplicadas: _____													

Información del seguro solicitado *

Seguro de Vida con Ahorro - Skandia Crea Ahorro									
Número de mensualidades necesarias para alcanzar el Objetivo de Ahorro**:					Prima mensual \$				
Forma de Pago ☐ Descuento de nómina ☐ Egreso Periódico ☐ Débito Automático ☐ Tarjeta de crédito					Objetivo de ahorro ☐ Educación ☐ Otro				
* Este plazo iniciará en la fecha de expedición consignada en la caratula de la póliza, una vez sea aceptada esta solicitud.									
Skandia Seguro de Vida e Incapacidad									
Suma Asegurada*** \$				Valor de la prima (anual) **** \$				Periodicidad de Pago ☐ Mensual ☐ Anual	
Valor a pagar \$				Forma de Pago ☐ Descuento de nómina ☐ Egreso Periódico ☐ Débito Automático ☐ Tarjeta de crédito				Aumento Anual de la suma Asegurada ☐ No ☐ IPC	
*Suministra únicamente la información del seguro que está solicitando. **El objetivo de ahorro es una proyección que en ningún caso es garantía de futuros resultados. ***Para sumas aseguradas superiores a COP\$400.000.000 el asegurado deberá presentar requisitos de asegurabilidad adicionales establecidos por Skandia Seguros de Vida S.A. ****El valor de la prima registrado en esta solicitud puedes cambiar después del estudio de asegurabilidad realizado por Skandia Seguros de Vida S.A.									

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. Esta autorización aplicará para el producto que estás solicitando siempre y cuando te sea otorgado el seguro de vida.

AUTORIZACIÓN	Producto ☐ Skandia Seguro de Vida e Incapacidad ☐ Seguro de Vida con Ahorro - Skandia Crea Ahorro					Tipo de recaudo electrónico ☐ Tarjeta de crédito ☐ Cuenta bancaria								
	Características del recaudo electrónico													
	Valor* \$					Valor en letras								
	Frecuencia del débito ☐ Mensual ☐ Única					**Fecha de inicio del débito automático <table><tr><td></td><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table> Día del mes para realizar débitos posteriores**						Día	Mes	Año
		Día	Mes	Año										
	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	Producto ☐ Skandia Seguro de Vida e Incapacidad ☐ Seguro de Vida con Ahorro - Skandia Crea Ahorro					Tipo de recaudo electrónico ☐ Tarjeta de crédito ☐ Cuenta bancaria								
	Características del recaudo electrónico													
	Valor* \$					Valor en letras								
	Frecuencia del débito ☐ Mensual ☐ Única					**Fecha de inicio del débito automático <table><tr><td></td><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table> Día del mes para realizar débitos posteriores**						Día	Mes	Año
		Día	Mes	Año										
	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													

Reglamento pagos preautorizados Bancolombia

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 el 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 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

En relación a las "Condiciones para débito 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 el 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 d°bito tarjeta de cr°dito

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 pored 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 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 el 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, salarios, 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.

- 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 período 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 Vida 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

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:

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

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 sus 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 de 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 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 los datos sensibles o datos de menores de edad, y que estos 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 la 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 ofrecido 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 a 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, lega y/o contractual y reportar la información que repose en operadores de banco 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.

Autorización para el tratamiento de Información

(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 S.A.)

☐ SI ☐ NO

2. Tratamiento de los datos realizados por Compañías Skandia. (i) Dar a conocer, transferir y/o transmitir los datos personales en consecuencia de un contrato de cualquier índole, ley 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 del sitio 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 Titula 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.

FOR-0090 / 202402

Condiciones de Producto | Skandia Seguros de Vida S.A.

Con el fin de brindarte información clara sobre nuestros productos, a continuación te presentamos las condiciones más importantes de seguro de vida otorgado por Skandia Seguros de Vida S.A. Las condiciones a aplicar corresponden al seguro que estás solicitando.

 Seguro de Vida con Ahorro - Skandia Crea Ahorro

Amparos

- Básico: Fallecimiento.
- Adicional: Incapacidad total y permanente.

Plazo

- Plazo mínimo: 5 años.
- Plazo máximo: 20 años.

Pago de Primas

- El plazo para el pago de la primera prima es de 60 días.
- El plazo para el pago de primas posteriores es de 30 días.
- Cualquier pago que se haga en exceso será comprendido como prima pagada por anticipado, este podrá cubrir pagos de meses anteriores y no hará parte de la reserva de ahorro del seguro.
- **Sugerimos el débito electrónico como forma de pago**

No Pago de Primas

No pago de la primera prima: Terminación del seguro automáticamente **El no pago de 3 meses consecutivos o 6 primas mensuales no consecutivos:**

1. Pólizas con vigencia transcurrida menor a dos (2) años.
 - Terminación del seguro automáticamente.
 - Deducción de 3 primas.
2. Pólizas con vigencia transcurrida mayor a dos años
 - Deducción de 3 primas.
 - El seguro sigue Vigente. Hasta agotar el valor de la reserva de ahorro de la póliza
 - Se descuenta la prima de riesgo del ahorro acumulado y los gastos de administración correspondientes.

Revocación Anticipada*

La Reserva de Ahorro a devolver será la menor entre la calculada con el portafolio de mercado y el portafolio suavizado, con una deducción de tres (3)

Garantía del Producto

Reembolso de las primas pagadas menos gastos para las pólizas que lleguen al final de su vigencia.

Gastos de Administración

- 3,9% EA liquidado diariamente sobre el valor de la reserva de ahorro.
- \$120.000 cada año por póliza a partir del primer año de vigencia del seguro.

Edades de Ingreso y Permanencia en el Seguro

Edad de Ingreso: De los 18 años a los 59 años. Edad de Permanencia: Hasta 64 años. Una vez cumplidos los 65 años termina la póliza automáticamente.

Proceso Simplificado Reclamación de Sinistros

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.

 Seguro de Vida e Incapacidad

Amparos

- Fallecimiento.
- Incapacidad total y permanente.

Plazo

- Anual con renovaciones automáticas.

Pago de Primas

- Plazo para el pago de la prima de 30 días para pago de la prima anual o de las fracciones mensuales.

Pago de Primas

- Plazo para el pago de la prima de 30 días para pago de la prima anual o de las fracciones mensuales.

No Pago de Primas

- La póliza se cancelará automáticamente por no pago de la prima.

Revocación Anticipada

- Para primas anuales en el momento de cancelación se realizará la devolución de la prima no devengada

Beneficiarios Onerosos

Son las entidades bancarias que han otorgado créditos al asegurado del seguro y que son nombradas por este, como Beneficiarios del seguro.

Condiciones especiales aplicables a los Beneficiarios Onerosos*

Este tipo de beneficiarios solo recibirán una parte de la Suma Asegurada, equivalente al monto certificado por la entidad financiera a la fecha de ocurrencia del siniestro, a cargo del Asegurado y a favor de tales beneficiarios.

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. Una vez cumplidos los 65 años se excluye el amparo de ITP

Proceso Simplificado Reclamación de Siniestros

Para reclamar el seguro debes seguir los siguientes pasos:

- 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)
- Enviar la documentación completa al correo cliente@skandia.com.co o radicarla en alguna de nuestras oficinas a nivel nacional.
- Skandia Seguros de Vida S.A., hará el análisis del caso.
- Se notificará la definición del caso y los pasos a seguir.

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. **Estos cambios se deben comunicar a Skandia Seguros de Vida S.A. mínimo con 30 días calendario de anticipación a la fecha de renovación.

OBSERVACIONES: (i) La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (ii) El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes, por el asegurador, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador. En el primer caso la revocación da derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes. **

** Estas condiciones aplican unicamente para Skandia Seguro de Vida e Incapacidad.

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

(Dato sensible)

Nombre

Identificación

☐ C.C ☐ C.E

Número

Otro*

Huella índice Derecho

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

(Dato sensible)

Nombre

Identificación

☐ C.C ☐ C.E

Número

Otro*

Huella índice Derecho

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

*Pasaporte - Permiso por protección temporal - Nit

*Pasaporte - Permiso por protección temporal

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

Nombre o Razón Social Agencia		Ciudad
Tipo y número de 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)