

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

INVERSION		
	Mínimo	Máximo
Aportación inicial	\$100,000.00	No hay
Aportaciones Adicionales	\$1,500.00	No hay
Edad de Contratación*	18 años	70 años
Depósito — Prima de = Monto para inicial total seguro (2.5%) inversión		
<i>*La edad máxima de permanencia y asegurable es hasta los 99 años. El ejemplo de esta sección tiene la finalidad de mostrar la manera en que aplica la prima de seguro, misma que se descontará del depósito que haga a su contrato dando como resultado el monto para inversión.</i>		

SEGURO DE VIDA	
Edad	Porcentaje
Hasta 54 años	2 veces el valor de la cuenta
De 55 a 60 años	1 vez el valor de la cuenta
Mayor de 60 años	1% sobre el valor de la cuenta

- El porcentaje del Valor del Fondo Individual en Administración que corresponda a la edad alcanzada del Contratante a la fecha del fallecimiento.
- La responsabilidad máxima de Skandia Life, S.A. de C.V. por vida asegurada es de \$2,000,000.00 M.N.

BENEFICIOS DEL CLIENTE INVERSIONISTA

Acceso a Skandia Net

- Consulta de saldo, portafolio de inversión y movimientos a través de Skandia Net.
- Suscripción gratis para consulta de documentos en línea.
- Consulta de estados de cuenta.
- A través de nuestra aplicación móvil "SKANDIA NET MX" usted podrá hacer seguimiento de su ahorro.

Servicio Atención al Cliente (SAC)

- Consulta de saldos y detalle de posición por audiorespuesta.
- Solicitar retiros y cambios de perfil financiero.
- Dudas y sugerencias.
- Asesoría financiera.

Acceso a la Multi-Plataforma de Inversión de Skandia

- Diversificación.
- Acceso a los Portafolios Premium o Portafolios de Referencia de acuerdo a su perfil de inversionista: Conservador, Estabilidad, Moderado o Moderado en Dólares, Dinámico ó Especulativo.
- Bono por Permanencia Skandia premia por permanecer 3 años en el contrato, otorgando un bono de permanencia del 2.5% de acuerdo a las siguientes reglas:

1er año aniversario:

Se otorgará un bono del 0.50% sobre el saldo promedio diario de los 12 meses de vigencia del contrato.

2do año aniversario:

Se otorgará un bono del 1% sobre el saldo promedio diario de los 24 meses de vigencia del contrato.

3er año aniversario:

Se otorgará un bono del 1% sobre el saldo promedio diario de los 36 meses de vigencia del contrato.

Las cantidades que resulten de los porcentajes arriba señalados se depositarán a su contrato póliza. En caso de que se realice el retiro o cancelación total del contrato de seguro antes de cumplir los 3 años aniversario se descontarán los bonos otorgados. Al momento de acreditarse cada bono debe tener el saldo promedio mínimo de \$97,500.00 M.N.

CARGOS RECURRENTES

Por Aportación. 2.5% sobre el monto de cada aportación, cargado al momento de realizar el depósito.

Por Anualidad. Hasta 6 (seis) Unidades de Medida y Actualización (UMA) en la Ciudad de México. Este cargo se cobra por Año Póliza o al momento de la cancelación.

Por Mantenimiento:

Saldo en la inversión	Cargo % anual
Hasta \$99,999	1.10%
\$100,000 - \$499,999	1.00%
\$500,000 en adelante	0.90%

Skandia podrá cobrar por Servicios Adicionales que presta al Contratante/Asegurado apareciendo en el contrato de fideicomiso al que se adhieren al contratar el presente plan.

NOTA:

Para mayor información de los cargos realizados a su contrato le pedimos consultar el contrato de fideicomiso.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA CONTRATAR

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA CONTRATAR

- ☐ Copia de Identificación Oficial
- ☐ Copia de Comprobante de Domicilio
- ☐ Copia del RFC/CURP
- ☐ Copia de Comprobante de Cuenta Bancaria
- ☐ Comprobante de Inscripción para la Firma Electrónica Avanzada, cuando cuente con ella.

En caso de efectuar sus aportaciones de manera directa al banco o vía banca electrónica, le pedimos hacerlo a través de su número de referencia a las cuentas bancarias a nombre de Skandia Life, S.A. de C.V. de su preferencia: Banorte convenio 41951, Banamex 554563 Suc. 870, Bancomer convenio CIE 70915, Santander 65501687875 y HSBC convenio RAP 5227. Skandia NO se hace responsable por pagos hechos a terceros. Si no cuenta con su número de referencia le pedimos comunicarse a Servicio Atención al Cliente.

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE / ASEGURADO (debe de ser la misma persona)

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATANTE / ASEGURADO:

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

Estado civil: Soltero Casado Otro Sexo: Femenino Masculino

dd mm aaaa
Fecha de nacimiento

País y ciudad de nacimiento Nacionalidad

CURP RFC Profesión

Ocupación Actividad o giro Número de serie del certificado digital de la FIEL (en caso de contar con él)

DOMICILIO PARTICULAR DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

Nombre de la calle, avenida o vía No. Exterior e interior Colonia o urbanización

Alcaldía, municipio o demarcación política Ciudad o población Entidad federativa o estado País

C.P. Teléfono casa/oficina (indicar lada) Celular Correo electrónico

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA

SEGURO DE VIDA - COBERTURAS

La suma asegurada será la establecida por la Compañía en la carátula de la Póliza y se otorgará con base en las políticas de suscripción y al análisis de riesgo derivado de las respuestas al cuestionario médico que aparece en esta sección de la presente solicitud de seguro.

Este producto no cuenta con coberturas adicionales.

La(s) cobertura(s) del seguro está(n) sujeta(s) a las EXCLUSIONES y LIMITACIONES establecidas en las Condiciones Generales que pueden ser consultadas en:
www.skandia.com.mx/cgcapitalseguro.

La periodicidad del pago de la prima de este seguro de vida será mensual.

BENEFICIARIOS

	Nombre(s) con apellido paterno y materno	Fecha de nacimiento								Parentesco	%	Mismo domicilio que el contratante
1		D	D	M	M	A	A	A	A			No Sí
2		D	D	M	M	A	A	A	A			No Sí
3		D	D	M	M	A	A	A	A			No Sí

DOMICILIO DE LOS BENEFICIARIOS (llenar en caso de ser diferente al del Contratante/Asegurado)

	DOMICILIO (Nombre de la calle, avenida o vía, número exterior e interior, colonia o urbanización, alcaldía, municipio o demarcación política, ciudad o población, entidad federativa o estado, país, C.P.)	BENEFICIARIO IRREVOCABLE (Sólo es necesaria la firma de los beneficiarios elegidos como irrevocables)
1		No ☐ Sí ☐ Firma _____
2		No ☐ Sí ☐ Firma _____
3		No ☐ Sí ☐ Firma _____

Advertencia A) En caso de que se desee nombrar como Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios durante la minoría de edad de ellos puede implicar legalmente que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Advertencia B) En caso de que algún Beneficiario haya sido designado en forma irrevocable, el Asegurado habrá renunciado a su derecho de revocar su designación en términos del artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

CUESTIONARIO MÉDICO

(Seleccione sólo una opción e indique con una X su respuesta)

1. ¿Padece actualmente alguna incapacidad o síntomas de alguna enfermedad? No () Si ()
¿Cuál? _____
2. ¿En los últimos cinco años ha padecido alguna enfermedad o lesión que requiera hospitalización? No () Si ()
¿Cuál? _____
3. ¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad como cáncer, diabetes, padecimientos renales, cerebrales, cardiovasculares, etcétera, cuyas consecuencias permanezcan en la actualidad? No () Si ()
4. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico, psiquiátrico, psicológico o de cualquier otro tipo? No () Si ()
5. ¿En alguna propuesta de seguro de vida ha sido declinado, diferido o aceptado en condiciones especiales? No () Si ()
6. ¿Consume bebidas alcohólicas?, y su frecuencia No () Si ()
7. ¿Ha sido informado que es portador del VIH? No () Si ()
8. ¿Ha sido informado que padece de síntomas relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)? No () Si ()
9. ¿Ha recibido tratamiento en relación con cualquiera de los padecimientos mencionados anteriormente? No () Si ()
10. ¿Realiza vuelos en aeronaves no comerciales?, y su frecuencia No () Si ()
Tipo de Aeronave _____

11. ¿Practica alguno de los siguientes deportes? Motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, alpinismo, equitación, tauromaquia u otros de alto riesgo. Indique si la práctica es amateur o profesional, y su frecuencia _____ No () Si ()
12. ¿Fuma usted actualmente? Indique el número de cigarros o puros al día _____ No () Si ()
13. ¿Ha variado su peso más de 5 kilos en el último año?..... No () Si ()
¿Cuánto y por qué? _____
14. ¿Presta sus servicios en cualquier organismo policiaco, militar, de seguridad pública o privada, o utiliza armas para el desempeño de su trabajo?..... No () Si ()
15. ¿Realiza alguna actividad (profesional o amateur) que tenga algún riesgo inherente (ejemplos chofer, electricista, bombero, piloto u operador de maquinaria pesada)?..... No () Si ()
16. ¿Consume o ha consumido drogas enervantes?, ¿Que tipo de drogas y su frecuencia?..... No () Si ()

17. ¿Algún otro riesgo no considerado que desee declarar? ¿Cuál?_____ No () Si ()

Nota de conformidad. "De conformidad con los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se advierte que si el solicitante incurre en omisiones o declaraciones inexactas de los hechos importantes que sean o deban ser conocidos para la apreciación del riesgo y que puedan influir en las condiciones convenidas, la compañía aseguradora quedará facultada para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro".

3. AUTORIZACIÓN DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

El cliente declara actuar: En nombre y por cuenta propia ☐ En nombre y por cuenta de un tercero ☐

Nombre del tercero: _____
(en caso de declarar que actúa en nombre de un tercero, será necesario llenar una solicitud adicional en la cual se incluya la información y documentación del Propietario Real - tercero)

AVISO DE PRIVACIDAD

Manifiesto que previo al llenado de la presente solicitud me ha sido dado a conocer el **Aviso de Privacidad de Skandia Life, S.A. de C.V.** (Responsable) con domicilio en **Bosque de Ciruelos 162 Primer Piso, Col. Bosques de las Lomas, C.P. 11700, Ciudad de México** y en el sitio de Internet: **www.skandia.com.mx/avisodeprivacidad**, en donde obra el Aviso de Privacidad referido, por lo anterior otorgo en este acto mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales para los fines y/o transferencias establecidas en el presente Aviso.

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Manifiesto que previo al llenado de la presente solicitud me ha sido dado a conocer y acepto los **términos y condiciones del uso de medios electrónicos de Skandia Life, S.A. de C.V.** (Responsable) con domicilio en **Bosque de Ciruelos 162 Primer Piso, Col. Bosques de las Lomas, C.P. 11700, Ciudad de México** y en el sitio de Internet: **www.skandia.com.mx/terminosycondicionesdeusodemedioselectronicos**, en donde obra los términos y condiciones del uso de medios electrónicos.

En caso de que la solicitud contenga una Firma Digital, reconozco expresamente que mediante la realización del primer pago de prima correspondiente, ratifico el consentimiento y voluntad para la celebración del Contrato de Seguro; alternativamente y de conformidad con lo establecido en el artículo 93 del Código de Comercio, acepto que Skandia podrá obtener la ratificación de mi firma digital por vía telefónica, para lo cual, autorizo grabar las conversaciones telefónicas que Skandia mantenga conmigo, bajo los términos establecidos en las Condiciones Generales del Seguro.

HE LEÍDO Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE SON CIERTOS LOS DATOS QUE SE ESPECIFICAN EN LA PRESENTE SOLICITUD, ASIMISMO MANIFIESTO QUE TENGO CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS BÁSICOS QUE ADQUIERO AL CONTRATAR ESTE PRODUCTO Y QUE DICHA INFORMACIÓN LA TENGO DISPONIBLE EN LA PÁGINA PÚBLICA: www.skandia.com.mx

Este documento sólo constituye una Solicitud de Seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la compañía de seguros ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Para consultar las abreviaturas, en caso de existir, que se encuentren contenidas en este contrato de seguro, así como preceptos legales que no se encuentren descritos en este contrato de seguro ingresar al sitio: www.skandia.com.mx/bienestar-financiero/Documents/Glosario-de-Abreviaturas-Skandia-Life.pdf

Skandia no se hace responsable por pagos en efectivo o en cheque hechos directamente al Financial Planner, Agente de Seguros o Consejero Financiero. El número de referencia bancario que usted deberá utilizar, para efectuar sus depósitos, será el proporcionado por Skandia. Verifique que los primeros 6 dígitos de la referencia coincida con su número de contrato.

Firma del Contratante/Asegurado/Titular de la Cuenta

Lugar de firma



IMPORTANTE:

Skandia no se hace responsable por pagos en efectivo o en cheque hechos directamente al Financial Planner, Agente de Seguros o Consejero Financiero. El número de referencia bancario que usted deberá utilizar, para efectuar sus depósitos, será el proporcionado por Skandia. Verifique que los primeros 6 dígitos de la referencia coincida con su número de contrato.

INTERMEDIARIO

Número del Agente: _____

Nombre del Agente: _____

Para cualquier consulta o reclamación puede acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios, ubicada en Bosque de Ciruelos 162, Col. Bosques de las Lomas, C.P. 11700, Ciudad de México. Teléfonos: (55) 5093 0220 y (800) 021 7569. Correo electrónico: une@skandia.com.mx; con horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 18:00 horas.

CONDUSEF: Avenida Insurgentes Sur N° 762, Colonia del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Teléfonos (55) 5340 0999 y (800) 9998 080. Página de internet: www.condusef.gob.mx, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de julio de 2019, con el número CNSF-S0088-0199-2019/CONDUSEF-003765-03.

1. CONSENTIMIENTO DE ADHESIÓN

Yo _____ me adhiero como fideicomitente adherente al presente contrato de Fideicomiso en donde Skandia Life, S.A de C.V. actúa como institución Fiduciaria, y cuyo objetivo es que la Fiduciaria administre e invierta mi Fondo Individual en Administración en los términos del mismo.

2. INFORMACIÓN DEL PLAN

¿Tiene proyectado realizar aportaciones adicionales? Sí No
En caso afirmativo indique el monto promedio y su frecuencia (Semanal, Quincenal, Mensual, Trimestral, Semestral, Anual):

3. INFORMACIÓN FISCAL

¿Es ciudadano, residente o responsable del pago de impuestos en otro país? Sí No
Si la respuesta es afirmativa responda lo siguiente:
Indique a continuación todos aquellos países en los cuales tiene obligaciones fiscales de acuerdo con las leyes de dichas jurisdicciones (por ciudadanía EE.UU. y/o residencia fiscal en cualquier país)

Table with 2 columns: País, No. de identificación fiscal o equivalente*
1.
2.
3.

*Para E.E.U.U. es el TIN.

Nota informativa para el cliente: Sus datos podrían ser reportados a las autoridades tributarias locales en cumplimiento de la normativa de información fiscal. De igual manera la falta o incorrecta observancia a la presente declaración puede dar lugar a la práctica de retenciones tributarias de acuerdo a la normativa fiscal vigente.
Declaro que he examinado la información contenida en esta sección y que, conforme a mi mejor conocimiento, dicha información es cierta, completa y actualizada. Adicionalmente declaro que No tengo obligaciones fiscales en otros países no mencionados en este formulario.
Me comprometo a informar a Skandia Life, S.A. de C.V. (Aseguradora) en caso de existir relación contractual en alguna de ellas, si se produce un cambio en la información contenida en esta sección.

4. INFORMACIÓN DE LA INVERSIÓN DEL FONDO INDIVIDUAL EN ADMINISTRACIÓN

Las decisiones de inversión que puede tomar el Contratante/Asegurado únicamente se refieren al Fondo Individual en Administración el cual está administrado a través de un Fideicomiso.

Table with 3 columns: Question, Answer options, Puntos
1. Edad
2. Nivel de estudios
3. ¿En qué ha invertido usted en el pasado?
4. ¿Cuál es su percepción de su nivel de conocimiento de productos financieros?

5. Skandia recomienda que entre mayor proporción de su patrimonio total represente esta inversión, más conservador sea su portafolio. Con esto en mente, ¿qué proporción aproximado del total de su patrimonio representa esta inversión?		
a) Más del 50% (1 pt.)	☐	c) Entre el 10% y el 30% (3 pts.)
b) Entre el 30% y el 50% (2 pts.)	☐	d) Menos de 10% (4 pts.)
6. ¿Qué porcentaje representan los activos invertidos en Skandia en relación a los invertidos en otras instituciones financieras?		
a) 100% (Solo invierte en Skandia) (1 pt.)	☐	c) Entre el 10% y el 50% (3 pts.)
b) Entre el 50% y el 80% (2 pts.)	☐	d) Menos de 10% (4 pts.)
7. ¿De qué manera espera que sus ingresos se puedan modificar durante el periodo de la inversión?		
a) Mis ingresos podrían disminuir (1 pt.)	☐	c) Mis ingresos podrían incrementarse un poco (3 pts.)
b) Mis ingresos se mantendrán estables (2 pts.)	☐	d) Mis ingresos se podrían incrementar de manera importante (6 pts.)
8. ¿En cuánto tiempo piensa usar los recursos de esta inversión?		
a) Menos de 3 años (-5 pts.)	☐	c) Entre 5 y 8 años (4 pts.)
b) Entre 3 y 5 años (1 pt.)	☐	d) Más de 8 años (6 pts.)
9. ¿Cuál es el escenario que mejor se adecúa a las expectativas personales para el resultado de esta inversión?		
a) Ganancias potenciales bajas pero sin ningún tipo de altibajos en el comportamiento de la inversión (-5 pts.)	☐	c) Ganancias potenciales importantes pero con una posibilidad media de minusvalías en un horizonte de 12 meses (3 pts.)
b) Ganancias potenciales moderadas pero con una posibilidad baja de minusvalías en un horizonte de 12 meses (0 pts.)	☐	d) Ganancias potenciales máximas pero con una posibilidad mayor de minusvalías en un horizonte de 12 meses (8 pts.)
10. ¿Cuál es la expectativa de rentabilidad para esta inversión en un intervalo de un año? (sin que esto sea una garantía de rentabilidad)		
a) Entre 4% y 7% (-5 pts.)	☐	c) Entre -15% y 21% (4 pts.)
b) Entre -3% y 12% (0 pts.)	☐	d) Entre -20% y 28% (6 pts.)
11. ¿Cuál sería la reacción en el supuesto de que en algún momento, el valor de la inversión inicial sufriera una disminución temporal (minusvalía)?		
a) Vendería la totalidad de la inversión de inmediato (-5 pts.)	☐	c) Buscaría asesoría profesional para determinar qué hacer (3 pts.)
b) Vendería únicamente parte de la inversión (0 pts.)	☐	d) Sabiendo que en el largo plazo podré recuperar las minusvalías y podría obtener más ganancias, no haría nada (8 pts.)
		TOTAL PUNTOS
Su perfil de inversión, como resultado de las respuestas que proporcionó al cuestionario es:		
- Conservador: [-22 a -5]	- Moderado o Moderado en Dólares: [14 a 31]	- Dinámico: [32 a 49]
- Estabilidad: [-4 a 13]		- Especulativo: [50 a 68]

Nota: Los resultados de dicho cuestionario de perfil financiero sólo constituyen una referencia. Si usted no desea esta recomendación puede seleccionar un portafolio de inversión distinto. Seleccione la opción que desea utilizar:

☐ Acepto la sugerencia del Portafolio Premium _____

En caso de que esta sugerencia sea un Portafolio Premium Moderado y usted desee invertir en el Portafolio Premium Moderado en Dólares¹ marque aquí ☐

☐ Cambiar la sugerencia por el Portafolio: _____

¹Nota: Usted tiene la opción de seleccionar el Portafolio Premium Moderado en Dólares tomando en consideración que debido a la alta volatilidad que puede presentar el tipo de cambio, el portafolio está considerado como de alto riesgo y como inversionista debe estar consciente de que el portafolio tendrá un objetivo de retorno en dólares. Por lo general, el portafolio deberá tener un rendimiento positivo en pesos mexicanos cuando el dólar se aprecie, sin embargo, podrán presentarse minusvalías cuando el peso mexicano se aprecie.

El Contratante/Asegurado podrá cambiar entre alguno de los portafolios mediante aviso a Skandia. Lo anterior, teniendo en cuenta la liquidez del Portafolio origen así como del portafolio destino.

5. INSTRUCCIÓN PARA EL ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN

La documentación contractual de su producto le será entregada por escrito por parte de Skandia Life S.A. de C.V., al último domicilio registrado en sus datos generales. En caso que desee recibir la documentación vía electrónica le pedimos indicarlo a continuación:

Envío en formato electrónico a su cuenta de correo ☐

Su Póliza y estado de cuenta estarán siempre disponibles a través del portal de Skandia Net

Asimismo, trimestralmente emitiremos y enviaremos a su correo electrónico su estado de cuenta, sin perjuicio de enviárselo a su domicilio en forma impresa de manera semestral; si usted también desea que el envío semestral se lleve a cabo de manera electrónica a su cuenta de correo le pedimos lo indique a continuación:

Envío en formato electrónico a su cuenta de correo ☐

6. INFORMACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

Periodicidad de la domiciliación: Cobro único ☐ Acepto ☐ No acepto ☐ domiciliar mi contrato

Importe a debitar: \$ _____

Día de domiciliación: _____ Mes y año: _____ / _____
DD MM AAAA

Notas:

- Únicamente es posible seleccionar un día.
- Para poder realizar el débito en la fecha indicada, es necesario ingresar la solicitud a la empresa dos (2) días hábiles antes.
- Si el día seleccionado es inhábil, el débito se aplicará al día hábil inmediato siguiente.
- En caso de que el día seleccionado para la aplicación del débito, la cuenta bancaria no tuviera fondos suficientes, la empresa aplicará nuevamente el cargo automático en el transcurso de los siguientes siete (7) días hábiles siguientes a la fecha pactada por el cliente en la presente solicitud.

DATOS DE LA CUENTA/TARJETA BANCARIA.

En caso de domiciliar llenar el siguiente apartado:

Institución bancaria: _____

Número de CLABE (18 dígitos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de tarjeta débito:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOTA: Acepto que la cuenta bancaria arriba señalada se registre en sus sistemas para el/los retiro(s) parcial(es) o total de mi contrato. Entiendo que Skandia únicamente realizara los depósitos a la cuenta bancaria cuyo titular sea el contratante/asegurado.

Si desea registrar una cuenta bancaria diferente a la señalada anteriormente para retiro(s) parcial(es) o total, la cual puede ser de nómina o cheques le solicitamos llenar los siguientes datos:

Institución bancaria: _____

Número de CLABE (18 dígitos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de tarjeta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOTA: Solo se aceptan depósitos a la cuenta bancaria cuyo Titular sea el Contratante/Asegurado.

INFORMACIÓN DE CUENTAS BANCARIAS EN LAS QUE SE REALIZARÁN EL CARGO AUTOMÁTICO Y DEPÓSITOS.

Solicito y autorizo a la empresa para que instruya al Banco correspondiente, para que con cargo a la cuenta bancaria identificada por el número CLABE arriba detallada, realice por mi cuenta los pagos por el concepto que en este documento se detalla, por el importe y con la periodicidad que tenga establecida con la empresa. Asimismo convengo en que el Banco queda liberado de toda responsabilidad si la empresa ejercitara acciones contra mí derivado de la ley o contrato que tengo celebrado y que el Banco no estará obligado a efectuar ninguna aclaración o reclamación a la empresa; ni a interponer recursos de ninguna especie contra multas, sanciones o cobros indebidos, todo lo cual en caso de ser necesario será ejecutado por mí. El Banco tampoco será responsable si la empresa no entregará oportunamente los comprobantes de servicio, o si los pagos se realizarán extemporáneamente por razones ajenas al Banco, quien tendrá absoluta libertad de cancelarme este servicio si en mi cuenta no existieran fondos o crédito suficiente para cubrir uno o más de los pagos que requiera, asimismo autorizo a la empresa para realizar un cargo de \$10.00 (diez pesos 00/100 M.N.) más IVA en caso de que la cuenta indicada no cuente con los fondos suficientes para cubrir el cobro pactado, o bien está estuviera bloqueada por algún motivo. Por todo lo anterior, me obligo a sacar en paz al Banco de cualquier eventualidad que pudiera surgir con motivo de este servicio. Asimismo, autorizo irrevocablemente a la empresa, para que con motivo de la presente autorización proporcione cualquier información al Banco directamente o a través de terceros respecto a la cuenta bancaria aquí identificada. Los montos debitados serán abonados por mi banco a la empresa 48 horas después.

Los montos debitado serán abonados por el Banco 48 horas después y se verán reflejados en mí (nuestra) consulta por internet 72 horas después.

En caso de objeto algún cargo por la domiciliación aquí autorizada, esta deberá ser realizada directamente en la institución de crédito de la cuenta registrada a la que se debite el cargo, Skandia no realizará reembolso alguno por este concepto, solo cancelará las domiciliaciones subsecuentes una vez que le sea notificada la objeción por el cargo de domiciliación respectivo.

En caso de efectuar sus aportaciones de manera directa al banco o vía banca electrónica, le pedimos hacerlo a través de su número de referencia a las cuentas bancarias a nombre de Skandia Life, S.A. de C.V. de su preferencia: Banorte convenio 41951, Banamex 554563 Suc. 870, Bancomer convenio CIE 70915, Santander 65501687875 y HSBC convenio RAP 5227. Skandia NO se hace responsable por pagos hechos a terceros. Si no cuenta con su número de referencia le pedimos comunicarse a Servicio de Atención al Cliente.

Uso exclusivo del Financial Planner/Agente de Seguro/Consejero Financiero

Se verificó que el/los datos(s) bancario(s) esta(n) a nombre del Contratante/Asegurado y se encuentra(n) vigente(s).

Nombre: _____

Skandia no se hace responsable por pagos en efectivo o en cheque hechos directamente al Financial Planner, Agente de Seguros o Consejero Financiero. El número de referencia bancario que usted deberá utilizar, para efectuar sus depósitos, será el proporcionado por Skandia. Verifique que los primeros 6 dígitos de la referencia coincida con su número de contrato.

Firma del Contratante/Asegurado/Titular de la Cuenta



IMPORTANTE:

Skandia no se hace responsable por pagos en efectivo o en cheque hechos directamente al Financial Planner, Agente de Seguros o Consejero Financiero. El número de referencia bancario que usted deberá utilizar, para efectuar sus depósitos, será el proporcionado por Skandia. Verifique que los primeros 6 dígitos de la referencia coincida con su número de contrato.

CONSTANCIA DE ENTREVISTA Y PRESENTACIÓN DE CLIENTE

dd mm aaaa

mm

aaaa

Folio o N° de Contrato:

Número o cédula:

Nombre del Contratante/Asegurado:

A) NIVEL DE INGRESO MENSUAL DEL CONTRATANTE/ASEGURADO:

- ☐ De \$0 a \$5,000 ☐ De \$5,001 a \$10,000 ☐ De \$10,001 a \$20,000
- ☐ De \$20,001 a \$50,000 ☐ De \$50,001 a \$100,000 ☐ Más de \$100,001

B) DOCUMENTACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

- ☐ Credencial de elector ☐ Licencia de conducir ☐ Cartilla del SMN Liberada ☐ Pasaporte
- ☐ Cédula profesional ☐ Otro

C) DATOS DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

- ☐ Persona Expuesta Políticamente (PEP)
- ☐ Persona residente de un país con régimen fiscal preferencial conforme a las listas emitidas por la S.H.C.P.
- ☐ Personas que ejerzan de manera habitual actividades auxiliares de crédito. Especifique:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| Juegos y sorteos ☐ | Tarjetas de servicio y crédito ☐ | Tarjetas de prepago y cupones ☐ | Cheques de viajero ☐ |
| Mutuo, préstamo o crédito ☐ | Servicios de Blindaje ☐ | Compra-venta y/o renta de inmuebles ☐ | Compra-venta de metales y joyas ☐ |
| Compra-venta de obras de arte ☐ | Compra-venta y/o renta de vehículos ☐ | Traslado o custodia de valores ☐ | Servicios profesionales independientes ☐ |
| Fedatario público ☐ | Captación de Donativos ☐ | Comercio exterior ☐ | |

Sus padres, abuelos, hijos, nietos, hermanos, cónyuge, concubina o concubinario, hijos del cónyuge o concubina/concubinario, suegros son personas expuestas políticamente (PEPs)*:

Si ☐ No ☐

(En caso de contestar afirmativamente indique nombre y parentesco)

*Persona Expuesta Políticamente es aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando, entre otros, a los jefes de Estado o de Gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos.

Labora o ha laborado en Skandia: Sí ☐ No ☐ Algún familiar labora o ha laborado en Skandia: Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo indicar nombre y cargo:

D) ORIGEN DE LOS RECURSOS

- ☐ Fideicomiso, venta de bienes muebles e inmuebles, recursos gubernamentales
- ☐ Sueldo, aguinaldos, primas, pensiones
- ☐ Honorarios, bonos, inversión, ahorros
- ☐ Herencia, comercio, comisiones, premios, liquidación laboral

Especifique la actividad preponderante:

Indique si tiene fuentes de ingreso extras: Sí ☐ No ☐ Especifique: _____

Si cuenta con negocio o empresa propia indique la denominación:

Número y monto de aportaciones al año aproximadas

(extraordinarias en el caso de contratos con aportaciones regulares):

E) ENTREVISTA CON EL CLIENTE

Presento a ustedes al cliente de la referencia, a quien conozco y he entrevistado personalmente, con el propósito de dar cumplimiento a la Política de conocimiento del cliente de Skandia, así como a las Disposiciones de carácter general en materia de prevención y detección de operaciones con recursos de procedencia ilícita y financiamiento al terrorismo emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y publicadas en el Diario Oficial el 14 de mayo del 2004.

1. Las respuestas dadas por el cliente sobre su actividad, ingresos y origen de recursos, son coherentes con el medio en el que el cliente se desempeña.	Sí ☐	NO ☐
2. Fue clara, concreta y precisa la respuesta del cliente sobre el origen de sus recursos.	Sí ☐	NO ☐
3. El monto de ahorro inicial o los compromisos de ahorro futuro del cliente, concuerdan con sus objetivos financieros.	Sí ☐	NO ☐
4. Tiene algo que agregar que ayude a tener un buen conocimiento del cliente. En caso afirmativo, especifique: _____	Sí ☐	NO ☐



Oficinas Corporativas: Bosque de Ciruelos 162, Col. Bosques de las Lomas,
11700, Ciudad de México. T. (55) 5093 0220 - 800 0217 569
servicio@skandia.com.mx - www.skandia.com.mx

Cuestionario ampliado de conocimiento del cliente (Llenar únicamente cuando el Contratante/Asegurado sea PEP, extranjero sin residencia en México, realice actividades auxiliares de crédito o previa solicitud de F.C.P.)

En caso de tener planeado hacer retiros en el primer año del contrato, indicar:

Monto y fecha aproximada: _____ Razón de retiro: _____

Nombre de Cónyuge, en su caso: _____

En caso de contar con dependientes económicos indicar:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

En caso de contar con vínculos patrimoniales con personas morales indicar:

Denominación: _____ Fecha de constitución: _____

Denominación: _____ Fecha de constitución: _____

En caso de no residir en México, indicar la razón para abrir un contrato en territorio nacional:

En caso de que funja como cualquiera de los sujetos obligados a que se refiere el artículo 95 Bis de la Ley General de Organizaciones y Actividades Auxiliares del Crédito deberá adjuntar la constancia de registro ante la Comisión Nacional Bancaria y de Valores o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, en términos de lo establecido por los artículos 81 -B u 87-B del mismo ordenamiento legal.

Se adjunta: Sí ☐ No ☐

El presente cuestionario responde a las obligaciones contenidas en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros publicadas en el DOF el 19 de julio de 2012. La información será utilizada con carácter confidencial y en apego al aviso de privacidad de Skandia Life, S.A. de C.V., que puede ser consultado en: www.skandia.com.mx/avisodeprivacidad

Skandia no se hace responsable por pagos en efectivo o en cheque hechos directamente al Financial Planner, Agente de Seguros o Consejero Financiero. El número de referencia bancario que usted deberá utilizar, para efectuar sus depósitos, será el proporcionado por Skandia. Verifique que los primeros 6 dígitos de la referencia coincida con su número de contrato.

Firma del cliente

Nombre y firma del Financial Planner, Consejero Financiero o Agente de Seguro