ESPECIFICACIONES SKANDIA CREA

No. DE FOLIO

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

REQUISITOS GENERALES

	MÍNIMA	MÁXIMO
EDAD DE CONTRATACIÓN La edad máxima asegurable es hasta los 75 años.	18 años	70 años
PLAZO	5 años	25 años
APORTACIÓN		
◦ Vivienda ◦ Educación ◦ Negocio ◦ Otros Sueños ◦ Retiro no deducible	$1,500.00	No hay
◦ Deducible (PPR)	$1,500.00	Hasta 5 UMA al año / 12
◦ Diferimiento (CEA)	$1,500.00	Hasta $152,000 al año / 12

BENEFICIOS

- Asesoría.
- Protección a través de un Fideicomiso.
- Incentivos fiscales a través de Plan Personal de Retiro (Art. 151 fracción V según LISR) o Cuenta Especial para el Ahorro (Art. 185 LISR).
- Acceso a Skandia NET (Consulta de Saldo, Portafolio de Inversión, Movimientos y Consulta de Estados de Cuenta).
- A través de nuestra aplicación móvil "Skandia NET MX" usted podrá hacer seguimiento de su ahorro.
- Para el Programa de Aportaciones tiene acceso al Portafolio Estratégico o a los Portafolios Skandia Estabilidad, Moderado o Moderado en Dólares, Dinámico y Especulativo.
- Para las aportaciones adicionales tendrá acceso al Portafolio Premium Estabilidad.
- Inversiones debidamente reguladas.
- En ciertas situaciones podrá disponer de disposición de liquidez de su contrato de acuerdo a las condiciones descritas en el Fideicomiso.
- Podrá realizar aportaciones adicionales.
- Acceso a consultas de saldo, confirmación de movimientos, dudas y sugerencias, etc. a través de Servicio de Atención al Cliente.

SEGURO DE VIDA

La suma asegurada será la establecida por la Compañía en la carátula de la Póliza, la cual se irá disminuyendo de manera mensual, a partir del primer mes de vigencia del Contrato de Seguro, en un monto equivalente a las Aportaciones Comprometidas por el Asegurado, como parte de su Programa de Aportaciones, hasta una suma asegurada mínima equivalente a $1,000.00 M.N.

Cuenta con dos diferentes coberturas:

1. Fallecimiento o
2. Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente

La suma asegurada estará sujeta a las políticas de suscripción de la Compañía.

La responsabilidad máxima de Skandia Life S.A. de C.V. por vida asegurada es de hasta $2,000,000.00 M.N.

CARGOS RECURRENTES

- Skandia podrá cobrar por servicios adicionales que prestan al Contratante/Asegurado.
- Un cargo por mantenimiento de hasta 0.1667% mensual, mismo que será descontado sobre el valor del Fondo Individual en Administración. Una vez cumplido el Programa de Aportaciones y en caso de continuar con el contrato el cargo disminuirá a 0.0667% mensual.
- 1% sobre el monto de cada aportación adicional, cargado al momento de realizar el depósito a su contrato.
- 7.5 Unidades de Medida y Actualización (UMA) por concepto de anualidad, el cual se cobrará al cumplimiento de cada aniversario o al momento de la cancelación del contrato y se actualizará año con año al finalizar el mes de enero, de acuerdo a la inflación.

Nota:
El detalle de los cargos como otros adicionales por la gestión a su contrato podrán ser consultados en el Fideicomiso.

DISPONIBILIDAD DEL CONTRATO Y PROGRAMA DE LEALTAD

Skandia Crea permite que la puntualidad en sus aportaciones se traduzca en facilidades de pago durante la vida de su contrato, por lo que usted tendrá un número determinado de aportaciones que podrá no realizar en la vida del contrato, si usted ha sido disciplinado. El número de aportaciones a favor dependerá de los meses que haya estado en vigor su contrato, como se muestra en la siguiente tabla:

MESES EN VIGOR	NÚMERO DE APORTACIONES A FAVOR
1 - 24 meses	2 aportaciones
25 o más meses	9 (adicionales en caso de no haberse utilizado las anteriores)

skandia

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

En caso de rebasar el número de aportaciones a favor o realizar el retiro total de sus aportaciones antes de cumplir con el Programa de Aportaciones, usted tendrá la disponibilidad de su saldo de acuerdo a la siguiente tabla:

AÑO PÓLIZA	PLAZO CONTRATADO													
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18 a 25
1	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
2	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
3	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%
4	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%
5	100%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
6		100%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
7			100%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
8				100%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
9					100%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	94%	93%
10						100%	98%	96%	96%	96%	95%	95%	94%	94%
11 o más							100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

RÉGIMEN FISCAL – DEDUCIBILIDAD PLAN PERSONAL DE RETIRO ART. 151 FRACCIÓN V

Resumen de los beneficios y consecuencias fiscales del Plan Personal de Retiro, conforme al artículo 151 fracción V de la Ley del Impuesto Sobre la Renta. Oficio de autorización No. 330-SAT-10102 de la S.H.C.P.

Tipo de deducción:	Aportaciones a las cuentas de planes personales de retiro.
Deducción máxima:	Hasta el 10% de los ingresos acumulables del ejercicio, sin que las aportaciones excedan del equivalente a 5 Unidades de Medida y Actualización (UMA) elevadas al año.
Requisitos para su deducción:	Que los recursos sean destinados exclusivamente para ser utilizados cuando el titular llegue a la edad de 65 años o en los casos de invalidez o incapacidad del titular para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social.
Retiro después de los 65 años:	Se acumula a los ingresos gravados, el capital invertido y los rendimientos reales generados que excedan de la exención prevista por las disposiciones aplicables.
Retención al retirar los recursos después de los 65 años:	De acuerdo a las disposiciones que establezca el SAT.
Retiros antes de los 65 años:	Cuando los recursos invertidos en los planes personales de retiro, así como los rendimientos que ellos generen, se retiren antes de cumplir los requisitos establecidos, el retiro se considerará ingreso acumulable de acuerdo a las disposiciones aplicables.
Retención al retirar los recursos antes de los 65 años:	Se aplicará el 20% sobre las aportaciones más los intereses reales.

Las autoridades fiscales pueden realizar modificaciones o cambios en los Planes Personales de Retiro. En caso de que las autoridades realicen cambios en estos planes, Skandia dará aviso en forma inmediata a todos los clientes.

RÉGIMEN FISCAL – DIFERIMIENTO CUENTA PERSONAL DEL AHORRO ART. 185

Tipo de deducción	Aportaciones a las cuentas personales especiales para el ahorro.
Deducción máxima:	El importe de los depósitos, no podrán exceder en el año de calendario de que se trate, del equivalente a $152,000.00 M.N.
Momento de la deducción:	A) En el ejercicio cuando se realicen las aportaciones. B) En el ejercicio inmediato anterior, cuando se realicen las aportaciones, siempre y cuando no se haya presentado la declaración.
Momento de la acumulación:	Las cantidades serán acumulables en el ejercicio en el que sean retiradas o pagadas.
Tasa de impuesto:	En ningún caso la tasa aplicable será mayor que la tasa de impuesto que hubiera correspondido en el año en que se efectuaron los depósitos.
Retención:	Se aplicará la tasa máxima contenida en la tabla señalada en el Art. 152 de la LISR, que esté vigente al momento de retirar los recursos.
Requisito:	En ningún caso la vigencia de la póliza podrá ser menor a 5 años.

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.

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

skandia

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

SKANDIA CREA
SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

FECHA DE LLENADO
dd mm aaaa

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 cuenta con la cobertura adicional de Pago anticipado por Invalidez Total y Permanente.

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/cgcrea.

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

BENEFICIARIOS

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

skandia

Oficinas Corporativas de Skandia Life, S.A. de C.V.
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

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. ¿Ha padecido alguna enfermedad física o mental por la cual haya sido incapacitado, incluso haya sido hospitalizado? ..... No ( ) Sí ( )

2. ¿ Ha sentido / sufrido o ha sido diagnosticado:
   a) Infarto al miocardio, hipertensión, soplo cardiaco u otra enfermedad cardiovascular. ..... No ( ) Sí ( )
   b) Cáncer, tumor, leucemia u otra enfermedad sanguínea. ..... No ( ) Sí ( )
   c) Hepatitis, enfermedad del hígado, aparato digestivo, riñones, aparato urológico (incluyendo próstata) o ginecológico (incluye alteraciones a las mamas). ..... No ( ) Sí ( )
   d) Diabetes, colesterol alto, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, asma u otra enfermedad respiratoria crónica. ..... No ( ) Sí ( )
   e) Epilepsia, derrame o infarto cerebral, parálisis u otra enfermedad del sistema nervioso. ..... No ( ) Sí ( )
   f) Alguna otra enfermedad física y/o mental no mencionada. ..... No ( ) Sí ( )

3. Si alguna de las respuestas anteriores fue afirmativa, por favor proporcione la siguiente información:

ENFERMEDAD/LESIÓN	FECHA DE INICIO	TIPO TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL

4. ¿En alguna propuesta de seguro de vida ha sido declinado, diferido o aceptado en condiciones especiales? No ( ) Sí ( )
En caso de respuesta afirmativa, favor especificar:

FECHA DE SOLICITUD	ASEGURADORA	ESTADO SOLICITUD (DECLINADA, ACEPTADA, OTRA)

5. ¿Ha recibido asesoría, terapia o tratamiento por el consumo de alcohol o cualquier otra droga psicoactiva? No ( ) Sí ( )
En caso de que la respuesta sea afirmativa indique su frecuencia: _____

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

En caso de respuesta afirmativa favor de especificar:

FECHA DE INICIO/EXAMEN | TIPO TRATAMIENTO | ESTADO ACTUAL

7. ¿Desarrolla una actividad laboral o extracurricular que tenga un riesgo inherente (Organismo policiaco, militar, bombero, chofer, seguridad pública, pilotear avión, manejo de maquinaria pesada, globo aerostático, paracaidismo, parapente, montañismo, alpinismo, tauromaquia, automovilismo, motociclismo, buceo, equitación, esquí, boxeo, artes marciales) o alguna actividad o deporte de riesgo que pueda exponer su vida o aumentar el riesgo normal de sufrir una lesión? ..... No ( ) Sí ( )

En caso afirmativo por favor indique frecuencia: _____

Si la actividad es peligrosa y no se menciona en el primer párrafo del punto 7 del presente cuestionario, favor de indicar cuál es y su frecuencia:

8. ¿Fuma usted actualmente? ..... No ( ) Sí ( )

En caso de respuesta afirmativa favor de indicar el número de cigarros o puros al día:

9. ¿Ha variado su peso más de 5 kilos en el último año? ..... No ( ) Sí ( )

En caso de respuesta afirmativa favor de especificar ¿cuántos kilos y por qué?

10. ¿Algún otro riesgo médico o de ocupación no considerado que desee declarar? ..... No ( ) Sí ( )

En caso de respuesta afirmativa favor de especificarlo:

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 28 de febrero de 2020, con el número CNSF-S0088-0335-2019/CONDUSEF-004190-01.

skandia

Oficinas Corporativas de Skandia Life, S.A. de C.V.
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

SKANDIA CREA
FORMATO DE ADHESIÓN AL FIDEICOMISO 602

FECHA DE LLENADO
dd mm aaaa

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

Meta de ahorro

☐ Educación ☐ Negocio
☐ Vivienda ☐ Sueños personales _____

Retiro:
a) Plan Personal de Retiro (PPR) ☐
b) Cuenta Personal Especial para el Ahorro (CEA) ☐
c) No deducible ☐

Programa de aportaciones

Aportación comprometida: _____ Plazo de aportaciones (indicar # de meses): _____ Frecuencia: Mensual

Deseo que mis aportaciones comprometidas aumenten de acuerdo a la inflación ☐
o de acuerdo al siguiente porcentaje ☐ _____

En caso de tratarse de un Plan Personal de Retiro o Cuenta Personal Especial para el Ahorro el monto máximo de la aportación del Programa de Aportaciones no podrá rebasar los límites señalados por la Ley del Impuesto sobre la Renta, sin perjuicio de las aportaciones adicionales que decida realizar el Contratante/Asegurado.

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)

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.

INVERSIÓN EN EL PROGRAMA DE APORTACIONES REGULARES:
Favor de contestar el cuestionario de perfil de inversión que a continuación se muestra:

CUESTIONARIO DE PERFIL DE INVERSIÓN

	PUNTOS
1. ¿En qué rango de edad se encuentra? a) Entre 18 y 26 años (8 pts.) ☐ b) Entre 27 y 36 años (5 pts.) ☐ c) Entre 37 y 45 años (3 pts.) ☐ d) Entre 46 y 59 años (0 pts.) ☐ e) Más de 60 años (-5 pts.) ☐	0
2. ¿Cuál es su nivel de estudios? a) Secundaria o menos (0 pts.) ☐ b) Preparatoria (1 pt.) ☐ c) Carrera Profesional (4 pts.) ☐ d) Maestría o Doctorado (6 pts.) ☐	0
3. ¿En qué ha invertido usted en el pasado? a) Chequeras, pagarés, seguros de vida (0 pts.) ☐ b) Opción anterior + fondos de inversión en instrumentos de deuda (1 pt.) ☐ c) Opción anterior + fondos de inversión en instrumentos de renta variable (2 pts.) ☐ d) Opción anterior + acciones en directo (6 pts.) ☐	0
4. ¿Cuál es su percepción de su nivel de conocimiento de productos financieros? a) Bajo (0 pts.) ☐ b) Medio (2 pts.) ☐ c) Alto (4 pts.) ☐ d) Experto (6 pts.) ☐	0
5. ¿De qué manera espera que sus ingresos se puedan modificar durante el periodo de la inversión? a) Mis ingresos podrían disminuir (1 pt.) ☐ b) Mis ingresos se mantendrán estables (2 pts.) ☐ c) Mis ingresos podrían incrementarse un poco (3 pts.) ☐ d) Mis ingresos se podrían incrementar de manera importante (6 pts.) ☐	0
6. ¿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.) ☐ b) Ganancias potenciales moderadas pero con una posibilidad baja de minusvalías en un horizonte de 12 meses (0 pts.) ☐ c) Ganancias potenciales importantes pero con una posibilidad media de minusvalías en un horizonte de 12 meses (3 pts.) ☐ d) Ganancias potenciales máximas pero con una posibilidad mayor de minusvalías en un horizonte de 12 meses (8 pts.) ☐	0
7. ¿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.) ☐ b) Entre -3% y 12% (0 pts.) ☐ c) Entre -15% y 21% (4 pts.) ☐ d) Entre -20% y 28% (6 pts.) ☐	0
8. ¿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.) ☐ b) Vendería únicamente parte de la inversión (0 pts.) ☐ c) Buscaría asesoría profesional para determinar qué hacer (3 pts.) ☐ d) Sabiendo que en el largo plazo podré recuperar las minusvalías y podría obtener más ganancias, no haría nada (8 pts.) ☐	0
TOTAL PUNTOS	0

Su perfil de inversión, como resultado de las respuestas que proporcionó al cuestionario es:

- Estabilidad**: [-19 a -5]
- Estratégico*: [-4 a 10]
- Moderado o Moderado en Dólares**: [11 a 25]
- Dinámico**: [26 a 40]
- Especulativo**: [41 a 54]

skandia

Oficinas Corporativas de Skandia Life, S.A. de C.V.
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

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 _____
En caso de que esta sugerencia sea un Portafolio Moderado y usted desee invertir en el Portafolio Moderado en Dólares[1] marque aquí. ☐

☐ Cambiar la sugerencia por el Portafolio _____

[1]Nota: Usted tiene la opción de seleccionar el portafolio 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.

*Si usted selecciona el Portafolio Estratégico, no podrá ser cambiado en la vida del contrato.

**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.

INVERSIÓN EN LAS APORTACIONES ADICIONALES:

Si usted realiza aportaciones adicionales a las definidas para su Programa de Aportaciones, estas se invertirán en el Portafolio Premium Estabilidad.

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 electrónico a su cuenta de correo le pedimos lo indique a continuación:

Envío en formato electrónico a su cuenta de correo ☐

6. SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE CARGO AUTOMÁTICO A CUENTA CLABE, TARJETA DE CRÉDITO/ DÉBITO

SOLICITO Y AUTORIZO a Skandia Life, S.A. de C.V. (la empresa) para que instruya al banco correspondiente, que con cargo a la cuenta/tarjeta bancaria detallada en la parte inferior del presente documento, realice por mi cuenta el descuento por concepto, importe y periodicidad que en este documento se detalla. Esta autorización estará vigente mientras que no la revoque expresamente y por escrito el que suscribe. Asimismo, manifiesto mi conformidad, y me obligo a sujetarme a las políticas que se establezcan para este tipo de servicio, en particular y de forma enunciativa más no limitativa a las siguientes condiciones: (a) La suscripción de pagarés a favor del banco emisor para documentar el cargo en cuenta/tarjeta bancaria no será necesaria, siendo reconocidos los importes que aparezcan al amparo de esta autorización en el estado de mi cuenta/tarjeta bancaria; (b) En caso de insuficiencia de fondos en mi cuenta/tarjeta bancaria, manifiesto conocer que los cargos (aportaciones) correspondientes serán rechazados, siendo de mi entera responsabilidad el pago del principal adeudo (aportaciones vencidas) con la empresa así como las comisiones, intereses y accesorios que se lleguen a generar; y (c) Sé y reconozco que las disposiciones que regulan el manejo de mi cuenta/tarjeta bancaria son independientes a la presente autorización por lo que dicha cuenta/tarjeta bancaria se regirá por el propio contrato de cuenta/tarjeta bancaria que he celebrado con el banco emisor. Estoy enterado también de que en cualquier momento podré pedir al Banco que cancele sin costo la realización del cargo recurrente solicitado e informaré a la empresa dicha cancelación. Asimismo autorizo irrevocablemente a la empresa, para que con motivo de la presente instrucción proporcione cualquier información al banco directamente o a través de terceros respecto a la cuenta/tarjeta bancaria aquí identificada.

Por así convenir a mis intereses y de conformidad con la presente instrucción de registro de cuenta/tarjeta bancaria, reconozco que la empresa a partir de la fecha de la presente, realizará única y exclusivamente los cobros correspondientes a la cuenta/tarjeta bancaria registrada en este acto, por lo que libero a la empresa de cualquier responsabilidad presente o futura por el cumplimiento de dicha instrucción.

Autorizo y declaro conocer que:

a) El monto de la domiciliación será por la cantidad de $ _____(No podrá ser menor a la aportación comprometida).

b) Los débitos se realicen (seleccione la opción que desee):

☐ El primero en la fecha más próxima posible una vez se ingrese esta solicitud y los cargos subsecuentes sean realizados los días ____ de cada mes, con la siguiente periodicidad:

☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

☐ Los días ____ de cada mes, iniciando si es posible en el mes vigente, o de lo contrario, en el mes siguiente.
Considerando la siguiente periodicidad:

☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

c) Normalmente, si el día seleccionado es inhábil, el descuento se aplicará al día hábil inmediato siguiente. Sin embargo, en caso de que los últimos días del mes fueran inhábiles, el cobro se realizará el día hábil anterior.

d) La empresa podrá realizar reintentos de domiciliación bajo las políticas que ella misma señale.

e) En caso de que el reintento del descuento haya sido rechazado por insuficiencia de fondos o cuenta bloqueada, autorizo a la empresa a realizar un cargo de $10.00 (diez pesos 00/100 M.N.) más I.V.A.

f) Los montos debitados serán abonados por el banco 48 horas hábiles después de la domiciliación exitosa y se verán reflejados en el portal de Skandia Net dentro de las 72 horas hábiles después de aplicado el débito.

g) En caso de objeción de algún cargo (aportación) por el descuento aquí autorizado, ésta deberá ser realizada directamente al banco donde se debite el cargo. La empresa no realizará reembolso alguno por este concepto, soló cancelará los futuros descuentos una vez que le sea notificada la objeción por el pago.

h) Se tienen 48 horas antes de la fecha de domiciliación para recibir cualquier modificación relacionada a ésta, siempre y cuando la cuenta bancaria se encuentre dada de alta. Como recomendación, en caso de que el descuento periódico no haya sido todavía realizado usted podrá efectuar un depósito adicional, o bien, solicitar una domiciliación extraordinaria vía telefónica.

DATOS DE LA CUENTA/TARJETA BANCARIA. Seleccione una opción para debitar:

Tarjeta de débito o Cuenta CLABE ☐ 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 realizará depósitos a la cuenta bancaria cuyo Titular sea el Contratante/Asegurado.

Tarjeta de crédito (Visa o MasterCard) ☐ Institución bancaria: _____

Número de tarjeta de crédito: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Si la opción a debitar es una tarjeta de crédito y usted desea registrar una cuenta bancaria de nómina o cheques para retiro(s) parcial(es) o total 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.

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.

ANEXO_FIDEICOMISO_CREA-291119

CONSTANCIA DE ENTREVISTA
Y PRESENTACIÓN DE CLIENTE

FECHA DE LLENADO
dd . mm . aaaa

Folio o N° de Contrato: _____

Nombre del Financial Planner, Consejero Financiero o Agente de Seguro: _____ **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)*:

Sí☐ 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 ☐ Honorarios, bonos, inversión, ahorros
☐ Sueldo, aguinaldos, primas, pensiones ☐ 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 Secretaria 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☐

skandia

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

CONSTANCIA-ENTREVISTA-CLIENTE-VIDA-291119

CUESTIONARIO - COVID-19

FECHA DE LLENADO
dd mm aaaa

NOMBRE DEL / DE LA SOLICITANTE

Nombre(s) **Apellido paterno** **Apellido materno**

1. **¿En los últimos 30 días ha estado usted en contacto con un caso (persona) sospechoso, positivo, en cuarentena o ha estado en tratamiento por COVID-19?** **Sí** ☐ **No** ☐

2. **¿En los últimos 30 días le han realizado pruebas para identificar SARS-COV2 / Covid-19?** **Sí** ☐ **No** ☐

   Resultado de la prueba: Positivo ☐ Negativo ☐ **Fecha:** dd mm aaaa

En caso de que tus respuestas anteriores fueran positivas se requiere continuar las siguientes preguntas:

3. **¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?**

   - ☐ Pérdida del sentido del olfato o del gusto
   - ☐ Cualquier fiebre
   - ☐ Rinorrea (catarro, descarga mucosa nasal)
   - ☐ Dolor de garganta
   - ☐ Síntomas gastrointestinales como nausea, vómito y/o diarrea
   - ☐ Dificultad para respirar
   - ☐ Malestar general (cansancio gripal)
   - ☐ Tos

4. **¿Estuvo hospitalizado por COVID?** **Sí** ☐ **No** ☐
   En caso afirmativo, por favor especifique fecha y duración: _____
   En caso afirmativo, ¿ha recibido terapia intensiva? **Sí** ☐ **No** ☐
   En caso afirmativo, ¿fue entubado? **Sí** ☐ **No** ☐

5. **¿Ha recibido indicación de medicamentos para Covid-19?** **Sí** ☐ **No** ☐
   En caso afirmativo, favor de especificar nombre, dosis y tiempo:

6. **Favor de indicar la fecha de alta médica y detallar si tuvo alguna complicación o secuela, así como su estado de salud actual.**

7. **¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud y puede realizar sus actividades diarias (físicas, laborales, etc.) de manera normal?** **Sí** ☐ **No** ☐

Aseguro que he respondido todas las preguntas de forma correcta y completa y que no he retenido ninguna información. Soy consciente de que la información incompleta o incorrecta puede resultar en la pérdida de la cobertura del seguro. Confirmo que mi estado de salud no ha cambiado desde que solicité el seguro. La información proporcionada en este cuestionario es parte de mi solicitud de seguro.

Lugar de Firma **Firma del Contratante/Asegurado**

CUESTIONARIO-COVID-020621

skandia

Oficinas de Skandia Life, S.A. de C.V.: Ferrocarril de Cuernavaca No. 689, Planta Baja, Col. Ampliación Granada, C.P. 11529, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México.
T. (55) 5093 0220 - 800 0217 569
servicio@skandia.com.mx - www.skandia.com.mx