

skandia | Solicitud y Declaración de Asegurabilidad | Skandia Seguros de Vida S.A. Seguro de Enfermedades Graves Skandia Crea Serenidad

A través de este formato podrás solicitar a Skandia Seguros de Vida S.A. un seguro de enfermedades graves. 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	

Información del asegurado																			
Nombres						Apellidos													
Tipo de documento		<input type="checkbox"/> Cédula de la ciudadanía		<input type="checkbox"/> Pasaporte		Número de documento		Fecha de expedición		Lugar de expedición									
		<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		<input type="checkbox"/> Permiso por protección temporal				Día		Mes		Año							
Fecha de nacimiento		Día		Mes		Año		Lugar de nacimiento		Departamento									
País		Género		M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>		Nivel de estudios		<input type="checkbox"/> Bachiller		<input type="checkbox"/> Pregrado		<input type="checkbox"/> Postgrado		<input type="checkbox"/> Otro		¿Cuál?	
Estado civil		<input type="checkbox"/> Soltero		<input type="checkbox"/> Casado		<input type="checkbox"/> Separado		<input type="checkbox"/> Unión libre		<input type="checkbox"/> Viudo		<input type="checkbox"/> Divorciado		No. Hijos		Lugar de residencia		Departamento	
Dirección de residencia																			
Empresa donde trabaja						Cargo			Teléfono										
Profesión				Actividad				E-mail											

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		<input type="checkbox"/> Cédula de la ciudadanía		<input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> NIT		Número		Fecha de expedición		Lugar de expedición			
		<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		<input type="checkbox"/> Permiso por protección temporal						Día		Mes		Año	
Vínculo entre tomador y asegurado		<input type="checkbox"/> Familiar		<input type="checkbox"/> Laboral		<input type="checkbox"/> Comercial		Describa la relación							
Nombres y Apellidos del Representante Legal															
Tipo y número de identificación		<input type="checkbox"/> Cédula de la ciudadanía		<input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> NIT		Número		Fecha de expedición		Lugar de expedición			
		<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		<input type="checkbox"/> Permiso por protección temporal						Día		Mes		Año	

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 <input type="checkbox"/>				No <input type="checkbox"/>				Física ó motriz <input type="checkbox"/>				Auditiva <input type="checkbox"/>			
Visual <input type="checkbox"/>				Cognitiva <input type="checkbox"/>				Otra, ¿cual?							

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

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		2. Estatura		3. Peso		4. ¿En los últimos 10 años has padecido alguna enfermedad física o mental por la cual hayas tenido que ausentarte de tus labores o hayas sido hospitalizado por un periodo mayor de dos semanas?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
años		m		Kg									
5. Has sentido/sufrido o ha sido diagnosticado de:													
a. Infarto al miocardio, molestia del corazón, dolor del pecho, hipertensión, soplo cardíaco u otra enfermedad cardiovascular.												<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
b. Cáncer, tumor, leucemia u otra enfermedad sanguínea.												<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
c. Hepatitis, enfermedad del hígado, aparato digestivo, riñones, aparato urológico (incluyendo próstata) o ginecológico (incluye alteraciones a las mamas).												<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
d. Diabetes, colesterol alto, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, asma u otra enfermedad respiratoria crónica.												<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
e. Epilepsia, esclerosis múltiple, derrame o infarto cerebral, enfermedad de Parkinson, parálisis u otra enfermedad del sistema nervioso.												<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
f. Trastorno mental, enfermedad de Alzheimer, demencia, ansiedad, depresión, abuso de alcohol o adicción a las drogas.												<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
g. Alguna otra enfermedad no mencionada.												<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
6. ¿Has recibido tratamiento médico en relación con el VIH, el SIDA o has tenido prueba positiva para los anticuerpos del virus de inmunodeficiencia humana?												<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
7. ¿Te encuentras actualmente bajo tratamiento médico, psiquiátrico, psicológico o de cualquier tipo, o tienes programado someterte a alguna cirugía?												<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

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

9. ¿Fumas actualmente? Indica el número de cigarrillos al día? _____ SI NO

10. ¿Tu padre, madre y/o hermanos (vivos o fallecidos) han sido diagnosticados antes de los 60 años con diabetes, enfermedad cardíaca, presión arterial alta, colesterol alto, cáncer, poliposis adenomatosa familiar, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer, demencia, enfermedades mentales, depresión o cualquier otra enfermedad hereditaria o familiar? SI NO

11. ¿Hay otros factores no revelados en este documento que ya han afectado o puedan afectar tu salud en el futuro? SI NO

¿Cuáles?

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	_____	_____

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 y completa.

12. ¿Tienes antecedentes de haber solicitado algún seguro o anexo de Enfermedades Graves? SI NO
En caso afirmativo por favor proporciona la siguiente información:

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

13. ¿Ha sido inmunizado contra el COVID-19? En caso afirmativo por favor proporciona la siguiente información

Número de vacunas	Tipo de vacuna	Fecha de última dosis	Mes	Año
_____	_____	Día	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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

Información del seguro solicitado *

Seguro de Enfermedades Graves Skandia Crea Serenidad		
Suma Asegurada* \$	Valor de la prima (anual) ** \$	Periodicidad de Pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Valor a pagar \$	Forma de Pago Débito Automático	

*A solicitud de Skandia Seguros de Vida S.A. el solicitante deberá presentar otros requisitos de asegurabilidad ** El valor de la prima solicitada será definida por Skandia Seguros de Vida S.A. una vez se culmine el estudio de asegurabilidad

El estudio de esta solicitud no garantiza la aceptación del riesgo por Skandia Seguros de Vida S.A

Autorización de recaudo electrónico a través de débito automático

Si Skandia Seguros de Vida S.A. expide la póliza, a través de esta opción podrás habilitar tu cuenta bancaria 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 Enfermedades Graves Skandia Crea Serenidad.

AUTORIZACIÓN	Producto Seguro de Enfermedades Graves Skandia Crea Serenidad	Tipo de recaudo electrónico Cuenta bancaria
	Características del recaudo electrónico	
	Valor* \$	Valor en letras
	Frecuencia del débito <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Única	**Fecha de inicio débito automático Día Mes Año
Información de cuenta bancaria		
Entidad bancaria	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	Número de cuenta

*El monto máximo por operación es de \$20.000.000 para cuenta bancaria. Autorizo a Skandia realizar la gestión de actualización del valor del débito con la entidad bancaria correspondiente. **Autorizo y declaro conocer que el primer débito será programado por Skandia en la fecha más próxima a la radicación de esta solicitud. Los débitos posteriores serán realizados el día registrado en este documento. En caso del que el día del mes registrado corresponda a un día no hábil, el débito se hará al día hábil siguiente. Para cuenta bancaria esta fecha debe ser como mínimo 8 días hábiles posteriores a la Fecha de diligenciamiento de este formato.

Cuentas Registradas para Devoluciones por Revocación o Terminación

Declaro que el manejo de la cuenta con el banco es mi entera responsabilidad y por lo tanto Skandia no se hará responsable de reclamos, pérdidas o gastos relacionados con las mismas .

Número de Contrato/
Póliza del asegurado

Entidad bancaria	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	Número de cuenta
Entidad bancaria	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	Número de cuenta

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

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

Condiciones para debitar cuenta bancaria

Como titular de la(s) Cuenta(s) Bancaria(s) Autorizada(s) declaro que conozco, acepto y autorizo incondicionalmente que: (1) la información aquí contenida será utilizada por la Compañía seleccionada en la Autorización de Protección de Datos y de acuerdo con las condiciones ahí descritas, en adelante la Compañía. (2) Bancolombia y DRUO S.A.S son los operadores del servicio de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático respecto de los productos que actualmente tengo con la Compañía, (3) soy el único titular de la(s) Cuenta(s) Bancaria(s) Autorizadas(s), (4) El servicio de débito automático está disponible a través de Bancolombia y/o DRUO S.A.S quienes cuentan con diferentes entidades bancarias y plataformas financieras digitales habilitadas para prestar este servicio. (5) el Recaudo Electrónico a través de Débito Automático autorizado se podrá hacer a partir de la Fecha para inicio del débito automático y con la Frecuencia de la Operación por mí establecida, siempre que la(s) Cuenta(s) aquí Autorizadas(s) tenga(n) fondos disponibles y que la fecha definida para el débito automático sea día hábil; si dicha fecha no fuere día hábil, el débito se hará el día hábil siguiente. "En consecuencia la entidad Bancaria registrada, a la cual corresponde mi cuenta, podrá abstenerse de realizar el débito automático por la no existencia de fondos disponibles, para ello o por la presentación de alguna causal que lo impida; razón por la cual la entidad bancaria podrá proceder con el débito automático en el momento que existan fondos suficientes para cubrir el valor total a debitar, lo cual podrá realizarse en una fecha diferente a la definida para el débito automático. Por lo anterior, la Compañía no tiene injerencia sobre la cuenta bancaria y procedimientos referidos, salvo que por inconvenientes de índole técnico u operativos atribuibles a Skandia, Bancolombia y/o Druo S.A.S no puedan prestar el servicio de Recaudo Electrónico a través de débito automático, situación en la cual el débito podrá realizarse en una fecha diferente a la indicada. Así mismo, la Entidad bancaria registrada a la cual corresponde mi cuenta, podrá abstenerse de realizar el débito automático si no existen fondos disponibles para ello o si se presenta alguna causal que lo impida; y si deseo habilitar una nueva cuenta para el servicio que por el presente documento autorizo, debo diligenciar una nueva Autorización de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático. Para efectos de cualquier otro cambio o modificación del servicio, podré realizarlos por medio de los canales de servicio que la Compañía pone a mi disposición; (6) Las reclamaciones derivadas por equivocaciones o errores ocasionados por la Compañía, Bancolombia o DRUO S.A.S, podrán ser gestionados en cualquier momento, frente a la Compañía y/o la Entidad Bancaria, respectivamente. (7) para nuevos contratos y/o pólizas, el Valor a Debitar inicial a través de Débito Automático cumple con el (los) monto(s) mínimo(s) de ingreso establecidos por la Compañía para cada uno de los contratos y/o pólizas. (8) La compañía instruya a Bancolombia y/o DRUO S.A.S para que éste a su vez ejecute la operación de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático de la(s) Cuenta(s) Autorizada(s) en este documento para acreditar los Valores a Debitar indicados en lo(s) contrato(s) y/o póliza(s) arriba mencionado(s) en los tiempos establecidos por el operador del servicio de Recaudo Electrónico, quedando exonerada La Compañía por cualquier demora en estos tiempos. (9) La Compañía conserve el presente documento; (10) La Compañía envíe a Bancolombia, DRUO S.A.S y/o a las Entidades Bancarias la información aquí contenida y cualquier otra relacionada con el servicio que aquí se autoriza, por medio electrónico o escrito con el único objetivo de que pueda darse cumplimiento al servicio de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático. (11) la Entidad Bancaria donde tengo la cuenta bancaria, pueda debitar dicha cuenta en una fecha diferente a la inicialmente prevista en esta autorización en los casos previstos en estas condiciones. Como titular de la(s) Cuenta(s) Autorizada(s) me obligo a: (1) mantener fondos suficientes en la(s) Cuenta(s) Autorizada(s) indicada para cubrir las operaciones de Recaudo Electrónico a través de Débito Automático arriba indicadas; (2) mantenerme como único titular de la(s) Cuenta(s) Autorizada(s), ya que en la(s) cuenta(s) compartida(s) no es posible ejecutar el débito automático, razón por la cual, la Compañía no es responsable en el evento en que se incumplan estas obligaciones.

Reglamentos pagos preautorizados BANCOLOMBIA

En relación a las "Condiciones para debitar cuentas bancarias" descritas anteriormente, El Tomador/Asegurado (en adelante "El Cliente") acepta el conocimiento de los términos y condiciones del reglamento de pagos preautorizados Bancolombia presentado a continuación: 1. El Cliente autoriza a Bancolombia S.A. (en adelante "El Banco") para debitar el valor del Recaudo Electrónico determinado por el cliente, de su Cuenta Corriente o de Ahorros, o afectar el cupo de su Tarjeta de Crédito que tenga con el Banco o con las entidades bancarias que permiten Recaudo Electrónico a través de débito automático o afectar el cupo de otro depósito y/o instrumento de pago habilitado por el Banco y aceptado por El Cliente. 2. El Cliente se compromete a tener los fondos suficientes en sus cuentas o depósito, o a mantener la disponibilidad de cupo, según el caso, para cubrir el valor del Recaudo Electrónico el día de cobro. 3. El Banco se encuentra autorizado para entregar la suma debitada a Skandia Compañía de Seguros de Vida S.A. (En adelante "La Entidad Recaudadora"), y a entregar información por cualquier medio o sistema, a las entidades o sistemas involucradas en la transacción y relacionada con la misma. Así mismo acepta que la Entidad Recaudadora, si fuere el caso, conserve la presente autorización. 4. El Banco debitará el valor del Recaudo Electrónico de las cuentas de ahorros, siempre que no implique disminuir el saldo mínimo exigido por el banco de acuerdo con el Reglamento de Ahorros aprobado por la Superintendencia Financiera de Colombia. 5. De acuerdo con las instrucciones dadas por el Cliente, el Banco está autorizado para recibir de la Entidad Recaudadora, un archivo con la información de los valores a debitar y fechas de pago con el fin de procesarlos y hacer las transferencias correspondientes a favor de la Entidad Recaudadora. 6. Es entendido que el Banco procesará la orden de recaudo recibida de la Entidad Recaudadora, y por lo tanto, no asume ninguna responsabilidad por el valor o fecha de cobro indicados en la misma o por cualquier otra circunstancia derivada de la relación o negocio existente entre el Cliente y la Entidad Recaudadora. 7. Para efectos de atender la orden del Cliente, El Banco podrá debitar de la cuenta corriente y/o de ahorros, o del depósito y/o instrumento de pago o cargar a la tarjeta de crédito, en una fecha diferente a la indicada por la Entidad Recaudadora en aquellos casos en los que la Entidad Recaudadora y/o El Banco tengan inconvenientes de índole técnico u operativo que no permitan debitar de la cuenta o cargar el valor oportunamente. 8. El Cliente conoce que los registros, extractos, o cualquier comprobante que se origine de las autorizaciones dadas por el Cliente para el Recaudo Electrónico, constituyen medios de prueba. 9. El Cliente deberá notificar inmediatamente a la Entidad Recaudadora, quien a su vez deberá informar a El Banco mediante el proceso definido, cualquier novedad, modificación o retiro del servicio. 10. En el evento de cambio de la tarjeta de crédito por renovación o reposición, El Cliente autoriza a El Banco para que afilie el nuevo número de tarjeta de crédito a las facturas u órdenes de Recaudo Electrónico aquí descritas, siempre y cuando la afiliación inicial a este servicio se hubiere efectuado directamente ante El Banco. Si la afiliación la hubiese efectuada El Cliente directamente ante la Entidad Recaudadora, El Cliente deberá informar a la Entidad Recaudadora para que ésta procese la novedad y suministre a El Banco la información en debida forma. 11. Con diez (10) días hábiles de antelación a la fecha en la cual se van a hacer efectivos los pagos pre autorizados, El cliente podrá cancelar la autorización para la realización de éstos mediante comunicación escrita dirigida a la Entidad Recaudadora, quien a su vez no renovará la instrucción del débito con el Banco. El Banco no será responsable por el débito automático, si la contraorden no es presentada en la forma indicada. 12. Si el Cliente es titular de una cuenta de ahorros, corriente o tarjeta de crédito en Bancolombia S.A. (en adelante "Cliente Bancolombia"), podrá consultar los valores debitados, o cargados a través del extracto de su cuenta, el cual será enviado por el Banco o puesto a disposición en la Sucursal Virtual o por cualquier otro medio. Cualquier reclamación que tenga su origen en la orden de recaudo recibida de la Entidad Recaudadora o por circunstancias inherentes al producto o servicio que dicha entidad le factura al Cliente, deberán ser presentadas directamente a la Entidad Recaudadora.

Reglamentos pagos preautorizados BANCOLOMBIA

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.

Reglamentos pagos preautorizados DRUO

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

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.

8YVWJFUMcBYg

En relación con el origen de fondos, declaro a Skandia Seguros de Vida S.A., que los recursos que se entregarán como prima provienen de las fuentes mencionadas y no provienen de ninguna actividad ilícita, que no admitiré que terceros efectúen pagos a mi nombre con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a dichas actividades.

- Declaro que la información suministrada en este documento es verídica y me comprometo a actualizarla anualmente.
- Declaro que he leído y comprendido los textos de esta solicitud.
- Declaro que recibí y entendí la información referente al producto, en especial las condiciones generales de la póliza.
- Conozco y acepto que al presentar esta solicitud Skandia Seguros de Vida S.A. no está obligada a otorgar el Seguro de Vida.
- Declaro que 1) Mi intermediario de seguros (Financiero / 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 periodo de vigencia de la póliza, el valor asegurado, el valor de la prima comercial y sus penalidades por mora o no pago, los procedimientos a tener en cuenta en el momento de presentarse un siniestro y todo lo relacionado a los requisitos de Asegurabilidad.
- 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 **G_UbXJU' GY[i fcg' XY' J]XU' G'5"** 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. (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 Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

2. En el evento en que se suministre información de menores de edad, el representante autoriza el tratamiento de los datos para los fines descritos en el presente documento.

Condiciones de Producto | Seguro de Enfermedades Graves Skandia Crea Serenidad

Con el fin de brindarte información sobre nuestro producto, a continuación te presentamos las condiciones más importantes del Seguro de Enfermedades Graves Skandia Crea Serenidad otorgado por Skandia Seguros de Vida S.A. y el cual estás solicitando. Para mayor información consulte las condiciones Generales del producto en www.Skandia.com.co y las condiciones particulares en la carátula de la póliza.

Amparos

Diagnóstico durante la vigencia de la póliza, con alguna de las siguientes enfermedades: (i) infarto agudo al miocardio, (ii) cáncer, (iii) leucemia, (iv) esclerosis múltiple, (v) enfermedad hepática, (vi) accidente cerebrovascular (apoplejía), (vii) falla respiratoria crónica, (viii) insuficiencia renal crónica, (ix) demencia por alzheimer y/o demencia con trastorno cognitivo severo y (x) parkinson. igualmente se cubren los siguientes procedimientos cuya necesidad se determine durante la vigencia de la póliza: (i) cirugía de revascularización coronaria para corregir estrechez o bloqueo una o más arterias coronarias y, (ii) trasplante de órganos mayores y trasplante de médula ósea.

Vigencia

Anual con la posibilidad de renovación y la misma se hará efectiva siempre que el Tomador realice el pago de la prima dentro de un mes calendario posterior a la fecha de fin de vigencia del año inmediatamente anterior.

No Pago de Primas

El no pago de la prima en la fecha en que el mismo debe hacerse produce la terminación automática del seguro.

Edad de ingreso y permanencia

Edad de Ingreso: De los 18 años a los 64 años. Edad de Permanencia: Hasta 69 años.

Valor Asegurado

Sera el estipulado en la caratula de la póliza.

Periodo de carencia/espera

Los amparos que Skandia cubre bajo este seguro, con excepción del infarto agudo al miocardio, solo empiezan a regir una vez hayan transcurrido tres meses calendario de la vigencia determinada en la carátula de la póliza, no obstante lo anterior, no habrá lugar a indemnización por infarto agudo al miocardio, si antes del inicio de la vigencia de la póliza, el asegurado padecía de hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia, obesidad o diabetes.

Periodo de sobrevivencia

Para que el asegurado tenga derecho a indemnización bajo esta póliza, deberá sobrevivir 30 días calendario a la fecha en que se le diagnostique por primera vez la enfermedad.

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 siniestrosvida@skandia.com.co, 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 (pagos anuales), 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 el Seguro de Enfermedades Graves Skandia Crea Serenidad.

Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, irmo 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

Huella índice Derecho

Otro: Pasaporte NIT Permiso por protección temporal

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

Huella índice Derecho

Otro: Pasaporte Permiso por protección temporal

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

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

Nombre o Razón Social Agencia		Ciudad
Tipo y número de identificación	<input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso por protección temporal	Número
		Clave Agencia / Código Empleado Agencia
Firma		

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)