

# ESPECIFICACIONES CAPITAL PLUS

</



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

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATANTE / ASEGURADO:

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

Estado civil: Soltero Casado Otro Sexo: Femenino Masculino

dd mm aaaa
Fecha de nacimiento País y ciudad de nacimiento Nacionalidad

CURP RFC Profesión

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

DOMICILIO PARTICULAR DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

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

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

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

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA

SEGURO DE VIDA - COBERTURAS

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

Este producto no cuenta con coberturas adicionales.

La(s) cobertura(s) del seguro está(n) sujeta(s) a las EXCLUSIONES y LIMITACIONES establecidas en las Condiciones Generales que pueden ser consultadas en:
https://www.skandia.com.mx/soluciones-para-personas/inversiones/capital-plus/Documents/condiciones\_generales\_CP.pdf

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

BENEFICIARIOS

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

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

	<b>DOMICILIO</b> (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.)	<b>BENEFICIARIO IRREVOCABLE</b> (Sólo es necesaria la firma de los beneficiarios elegidos como irrevocables)
1		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Firma _____
2		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Firma _____
3		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Firma _____

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

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

Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO MÉDICO**

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

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

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

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

### 3. AUTORIZACIÓN DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

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

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

#### AVISO DE PRIVACIDAD

Manifiesto que previo al llenado de la presente solicitud me ha sido dado a conocer el **Aviso de Privacidad de Skandia Life, S.A. de C.V.** (Responsable) con domicilio en **Ferrocarril de Cuernavaca No. 689, Planta Baja, Col. Ampliación Granada, C.P. 11529, Alcaldía Miguel Hidalgo, 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 **Ferrocarril de Cuernavaca No. 689, Planta Baja, Col. Ampliación Granada, C.P. 11529, Alcaldía Miguel Hidalgo, 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](http://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](http://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 Ferrocarril de Cuernavaca No. 689, Planta Baja, Col. Ampliación Granada, C.P. 11529, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México. Teléfonos: (55) 5093 0220 y (800) 021 7569. Correo electrónico: [une@skandia.com.mx](mailto: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](http://www.condusef.gob.mx), correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx).

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de julio de 2019, con el número CNSF-S0088-0200-2019/CONDUSEF-003766-03.**



## 1. CONSENTIMIENTO DE ADHESIÓN

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

## 2. INFORMACIÓN DEL PLAN

¿Tiene proyectado realizar aportaciones adicionales? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo indique el monto promedio y su frecuencia (Semanal, Quincenal, Mensual, Trimestral, Semestral, Anual): \_\_\_\_\_

## 3. INFORMACIÓN FISCAL

¿Es ciudadano, residente o residente para efectos fiscales 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.	

En caso de no contar con TIN de Jurisdicción distinta a E.E.U.U. indique la razón: \*Para E.E.U.U. es el SSN o Social Security Number.

☐ A: Reside en una jurisdicción que no emite TIN

☐ B: No puede obtener el TIN o su equivalente, los cuales se recomienda incluir en el apartado.

**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.

**Con la firma de este formato declaro bajo protesta de decir verdad 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.

## CUESTIONARIO DE PERFIL DE INVERSIÓN

PUNTOS

## 1. Edad

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.) ☐

## 2. Nivel de estudios

a) Secundaria o menos (0 pts.) ☐

b) Preparatoria (1 pt.) ☐

c) Carrera Profesional (4 pts.) ☐

d) Maestría o Doctorado (6 pts.) ☐

## 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.) ☐

## 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.) ☐

**5. Skandia recomienda que entre mayor proporción de su patrimonio total represente esta inversión, más conservador sea su portafolio. Con esto en mente, ¿qué proporción aproximado del total de su patrimonio representa esta inversión?**

- |                                   |                          |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| a) Más del 50% (1 pt.)            | <input type="checkbox"/> | c) Entre el 10% y el 30% (3 pts.) | <input type="checkbox"/> |
| b) Entre el 30% y el 50% (2 pts.) | <input type="checkbox"/> | d) Menos de 10% (4 pts.)          | <input type="checkbox"/> |

**6. ¿Qué porcentaje representan los activos invertidos en Skandia en relación a los invertidos en otras instituciones financieras?**

- |  |                          |                                   |                          |
|--|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| a) 100% (Solo invierte en Skandia) (1 pt.) | <input type="checkbox"/> | c) Entre el 10% y el 50% (3 pts.) | <input type="checkbox"/> |
| b) Entre el 50% y el 80% (2 pts.)          | <input type="checkbox"/> | d) Menos de 10% (4 pts.)          | <input type="checkbox"/> |

**7. ¿De qué manera espera que sus ingresos se puedan modificar durante el periodo de la inversión?**

- |   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| a) Mis ingresos podrían disminuir (1 pt.)       | <input type="checkbox"/> | c) Mis ingresos podrían incrementarse un poco (3 pts.)               | <input type="checkbox"/> |
| b) Mis ingresos se mantendrán estables (2 pts.) | <input type="checkbox"/> | d) Mis ingresos se podrían incrementar de manera importante (6 pts.) | <input type="checkbox"/> |

**8. ¿En cuánto tiempo piensa usar los recursos de esta inversión?**

- |                              |                          |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| a) Menos de 3 años (-5 pts.) | <input type="checkbox"/> | c) Entre 5 y 8 años (4 pts.) | <input type="checkbox"/> |
| b) Entre 3 y 5 años (1 pt.)  | <input type="checkbox"/> | d) Más de 8 años (6 pts.)    | <input type="checkbox"/> |

**9. ¿Cuál es el escenario que mejor se adecúa a las expectativas personales para el resultado de esta inversión?**

- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| a) Ganancias potenciales bajas pero sin ningún tipo de altibajos en el comportamiento de la inversión (-5 pts.)      | <input type="checkbox"/> | c) Ganancias potenciales importantes pero con una posibilidad media de minusvalías en un horizonte de 12 meses (3 pts.) | <input type="checkbox"/> |
| b) Ganancias potenciales moderadas pero con una posibilidad baja de minusvalías en un horizonte de 12 meses (0 pts.) | <input type="checkbox"/> | d) Ganancias potenciales máximas pero con una posibilidad mayor de minusvalías en un horizonte de 12 meses (8 pts.)     | <input type="checkbox"/> |

**10. ¿Cuál es la expectativa de rentabilidad para esta inversión en un intervalo de un año? (sin que esto sea una garantía de rentabilidad)**

- |                             |                          |                              |                          |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| a) Entre 4% y 7% (-5 pts.)  | <input type="checkbox"/> | c) Entre -15% y 21% (4 pts.) | <input type="checkbox"/> |
| b) Entre -3% y 12% (0 pts.) | <input type="checkbox"/> | d) Entre -20% y 28% (6 pts.) | <input type="checkbox"/> |

**11. ¿Cuál sería la reacción en el supuesto de que en algún momento, el valor de la inversión inicial sufriera una disminución temporal (minusvalía)?**

- |   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| a) Vendería la totalidad de la inversión de inmediato (-5 pts.) | <input type="checkbox"/> | c) Buscaría asesoría profesional para determinar qué hacer (3 pts.)  | <input type="checkbox"/> |
| b) Vendería únicamente parte de la inversión (0 pts.)           | <input type="checkbox"/> | d) Sabiendo que en el largo plazo podré recuperar las minusvalías y podría obtener más ganancias, no haría nada (8 pts.) | <input type="checkbox"/> |

**TOTAL PUNTOS**

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

- Conservador: [-22 a 11]      - Moderado [12 a 30]      - Dinámico: [31 a 49]      - Especulativo: [50 a 68]

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

- ☐ Acepto la sugerencia del Perfil: \_\_\_\_\_
- ☐ Cambiar la sugerencia por el Perfil: \_\_\_\_\_

Con base al perfil seleccionado favor de marcar uno de los Portafolios Plus a invertir:

Perfil de Cliente Operadora	Conservador	Moderado	Dinámico	Especulativo
<b>Principal Financial México</b>	LifeStyle 0 PRINLS0FC <input type="checkbox"/>	LifeStyle 1 PRINLS1FC <input type="checkbox"/>	LifeStyle 2 PRINLS2FC <input type="checkbox"/>	LifeStyle 3 PRINLS3FC <input type="checkbox"/>
<b>Scotia Wealth Management</b>	Patrimonial SCOTDVCF1 <input type="checkbox"/>	Balanceado SCOTMA1F1 <input type="checkbox"/>	Crecimiento SCOTMA2F1 <input type="checkbox"/>	
<b>Sam Asset Management</b>		Fondo C XPERT-CB1 <input type="checkbox"/>	Fondo M XPERT-BB1 <input type="checkbox"/>	Fondo D XPERT-DB1 <input type="checkbox"/>
<b>Franklin Templeton</b>	Liquidez FT-LIUBF3 <input type="checkbox"/>		Bonos Dólar FT-BONDBF1 <input type="checkbox"/>	Bonos Global TEMGIBABF2 <input type="checkbox"/>
<b>Skandia México</b>	Premium Conservador <input type="checkbox"/>	Premium Moderado <input type="checkbox"/>	Premium Dinámico <input type="checkbox"/>	Premium Especulativo <input type="checkbox"/>

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

## 5. INSTRUCCIÓN PARA EL ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN

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

Envío en formato electrónico a su cuenta de correo ☐

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

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

Envío en formato electrónico a su cuenta de correo ☐

## 6. INFORMACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

Institución bancaria: \_\_\_\_\_

Número de CLABE (18 dígitos):

Número de tarjeta débito:

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

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

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

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Firma del Contratante/Asegurado/Titular de la Cuenta



### IMPORTANTE:

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



# CONSTANCIA DE ENTREVISTA Y PRESENTACIÓN DE CLIENTE

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 preferente, conforme a la lista establecida en la Ley del Impuesto Sobre la Renta.  
☐ Persona con régimen fiscal aplicable a personas físicas con Actividad Empresarial  
☐ Personas que realicen actividades vulnerables (Art 17 de la Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita)  
☐ 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      ☐ Captación de Donativos      ☐ Traslado o custodia de valores      ☐ Servicios profesionales independientes (Cuando actúe en representación o por cuenta de un tercero)  
☐ Fedatario público      ☐ Comercio exterior      ☐ Activos virtuales

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      ☐ Honorarios, bonos, inversión, ahorros gubernamentales  
☐ 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): \_\_\_\_\_

**Oficinas Corporativas 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](mailto:servicio@skandia.com.mx) - [www.skandia.com.mx](http://www.skandia.com.mx)

## E) ENTREVISTA CON EL CLIENTE

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

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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. Fue clara, concreta y precisa la respuesta del cliente sobre el origen de sus recursos.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. El monto de ahorro inicial o los compromisos de ahorro futuro del cliente, concuerdan con sus objetivos financieros.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. Tiene algo que agregar que ayude a tener un buen conocimiento del cliente. En caso afirmativo, especifique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**Cuestionario ampliado de conocimiento del cliente (Llenar únicamente cuando el Contratante/Asegurado sea PEP, extranjero sin residencia en México, realice actividades vulnerables (art 17 de la Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita) 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 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. 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](http://www.skandia.com.mx/avisodeprivacidad)

Con el objetivo de brindarle un buen servicio, favor de indicar los días y horarios en que prefiere ser contactado (Horario 8:00 am a 6:00 pm):

Lunes ☐ Horario: \_\_\_\_\_ Martes ☐ Horario: \_\_\_\_\_ Miércoles ☐ Horario: \_\_\_\_\_

Jueves ☐ Horario: \_\_\_\_\_ Viernes ☐ Horario: \_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto: Area Metropolitana 55 5093 0220 Interior de la República 800 0217 569

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



**Oficinas Corporativas 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](mailto:servicio@skandia.com.mx) - [www.skandia.com.mx](http://www.skandia.com.mx)

## NOMBRE DEL / DE LA SOLICITANTE

<b>Nombre(s)</b>	<b>Apellido paterno</b>	<b>Apellido materno</b>
------------------	-------------------------	-------------------------

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?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida del sentido del olfato o del gusto                  | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar            |
| <input type="checkbox"/> Cualquier fiebre  | <input type="checkbox"/> Malestar general (cansancio gripal) |
| <input type="checkbox"/> Rinorrea (catarro, descarga mucosa nasal)                   | <input type="checkbox"/> Tos                                 |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta   |  |
| <input type="checkbox"/> Síntomas gastrointestinales como náusea, vómito y/o diarrea |  |
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. Confirmando 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