

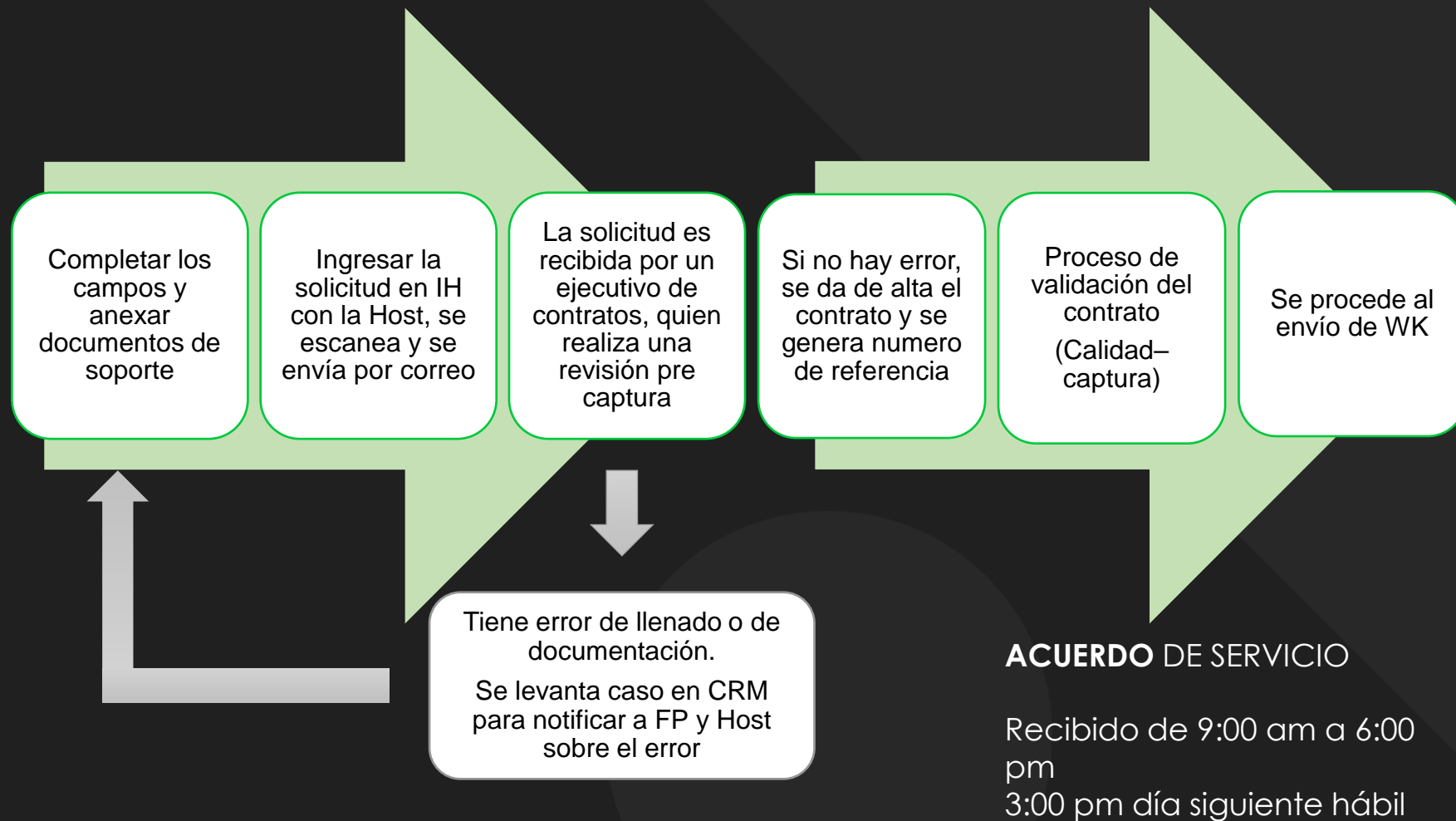
# Llenado y proceso de solicitudes.

# OBJETIVO

---

- Conocer el proceso que lleva una solicitud
- Requisar correctamente la misma
- Conocer documentación indispensables para su ingreso
- Evitar los errores mas comunes para no caer en los mismos

# PROCESO- RECEPCIÓN DE SOLICITUDES



# RECUERDA

---

Se anula el Acuerdo de servicio, si el cliente es:

- Extranjero
- PEP
- Empleado de Old Mutual



# DOCUMENTOS ANEXOS

---



Identificación Oficial



Comprobante CURP / RFC



Comprobante Bancario



Comprobante de Domicilio



Llave CRM

Es indispensable cotejar documentos con leyenda: «Cotejado contra original»  
Nombre y Firma de FP

# DOCUMENTOS ANEXOS



## Identificación Oficial

Nombre, Fotografía, Firma y Vigente



Credencial de Elector

Pasaporte

Cedula Profesional

Licencia de Conducir



Cartilla del servicio Militar (con resello)

Tarjeta única de identidad Militar

Credenciales de afiliación a IMSS, ISSSTE e INAPAM



Credenciales de Instituciones Educativas  
Publicas de Nivel Medio Superior y Superior

# DOCUMENTOS ANEXOS PARA EXTRANJEROS



## Identificación Oficial

Nombre, Fotografía , Firma y Vigente



Pasaporte

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
FORMA MIGRATORIA MÚLTIPLE (FMM)  
REGISTRO DE SALIDA/DEPARTURE REGISTRATION

1. Apellido (S)/Last name  
2. Sexo/Sex  
3. Nacionalidad  
4. Fecha de nacimiento/Date of birth  
5. Sexo/Sex  
6. No. Pasaporte  
7. Fecha de expedición/Date of issue  
8. No. de vuelo o número de la aeronave o vessel registration  
9. Tipo de viaje/Purpose of the Trip  
10. Tipo de Viaje/Purpose of the Trip

**USO OFICIAL**

USO MÁXIMO HASTA 180 DÍAS

USO PARA EFECTOS ESTADÍSTICOS

Forma Migratoria  
Residencia Permanente  
o Temporal

# DOCUMENTOS ANEXOS



## Comprobante de Domicilio



### Identificación Oficial

Estado de cuenta bancario  
Factura de telefonía celular  
Estado de cuenta de AFORE



Recibo de servicio de energía eléctrica ( CFE)  
Recibo telefónico particular  
Recibo de suministro de gas



Boleta de suministro de agua  
Boleta de impuesto sobre predial

# DOCUMENTOS ANEXOS



## Comprobante Bancario

### Aceptados



- Estado de cuenta
- Pantalla Banca Electrónica
- Contrato de apertura cuenta bancaria
- Pantalla Ejecutivo Bancario

### No aceptados



- Cheque
- Boucher
- Ticket
- Consulta de Movimientos en cajero
- Cartas

- Nombre completo del Cliente
- Nombre y/o logo del banco
- Numero de Clabe / TDD / TDC



TDD y TDC  
deberá estar  
personalizada

# DOCUMENTOS ANEXOS

---



## Comprobante CURP / RFC

- CURP – 18 Caracteres
- RFC – 13 Caracteres
- Comprobante de RFC indispensable con Homoclave y emitido por SAT
- No es valido el comprobante bancario para efecto de RFC



## Llave CRM

Nombre de oportunidad y producto deben coincidir con la solicitud

## PUNTOS IMPORTANTES- A CONSIDERAR

---

- Entregar solicitud original a Host
- Solicitudes con corrector y/o alteraciones son motivo de rechazo
- Contratante = Beneficiario
- Productos CEA será indispensable entregar CURP y RFC
- Para portafolio personalizado, indicar fondo completo (Serie)
- Monto máximo a domiciliar \$50,000.00 ( Cincuenta mil pesos M.N. )

Máximo 5 modificaciones « Errores entre paréntesis» con firma de cliente. Si se exceden, se deberá requisitar una nueva solicitud.

# PUNTOS IMPORTANTES- A CONSIDERAR

---

## Profesión

**Correcto:** Medico Cirujano, Contador Publico. Arquitecto, Lic. en derecho, etc.

**Incorrecto:** Empleado, Comerciante, Empresario, Panadero, etc.

## Ocupación

**Correcto:** Comerciante, Gerente \_\_, Recepcionista, Director \_\_, Ejecutivo de Cuenta, Cajero, etc.

**Incorrecto:** Empleado Administrativo, Empleado de Gobierno, Servidor Público, etc.

## Actividad o Giro

**Correcto:** Alimentos, Textil, Bienes Raíces, Despacho de Abogados, Soriana, Pepsico, etc.

**Incorrecto:** Servicios, Comercio, Industria, etc.

## Ocupación Jubilados y/o Pensionados

**Correcto:** Jubilado o Pensionado / Ultimo puesto (Comerciante, Gerente, Recepcionista, Director, Ejecutivo de Cuenta, Cajero, etc.

## Actividad o Giro Jubilados y/o Pensionados

**Correcto:** Alimentos, Textil, Bienes Raíces, Despacho de Abogados, Soriana, Pepsico o Pensionado (a) por viudez

## QUE INCLUYE EL WELCOME KIT

---

- Póliza electrónica
- Carta de Bienvenida
- Fideicomisos
- Condiciones Generales
- Guía de depósitos



**Electrónico**  
1 día hábil  
sin costo

**Nota:** en caso de requerir la póliza, debe solicitarse a través de [soportefp@Skandia.com.mx](mailto:soportefp@Skandia.com.mx)



*Skandia CREA*

---

# OLD MUTUAL CREA

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

FECHA DE LLENADO  
dd mm aaaa  
1 7 0 7 2 0 1 9

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

### NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATANTE / ASEGURADO:

**Eder** **Quiroz** **Ramírez**  
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

Estado civil: Soltero  Casado  Otro  Sexo: Femenino  Masculino

dd mm aaaa  
**1 6 0 3 1 9 9 0** **México CDMX** **Mexicana**  
Fecha de nacimiento País y ciudad de nacimiento Nacionalidad

**Q U R E 9 0 0 3 1 6 H D F R M D 0 1** **Q U R E 9 0 0 3 1 6 E 1 A** **Lic. Admón. de empresas**  
CURP RFC Profesión

**Analista de servicio Financiero** **No tiene**  
Ocupación Actividad o giro Número de serie del certificado digital de la FIEL (en caso de contar con él)

### DOMICILIO PARTICULAR DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

**Bosque de ciruelos** **162** **Bosques de las lomas**  
Nombre de la calle, avenida o vía No. Exterior e interior Colonia o urbanización

**Miguel Hidalgo** **CDMX** **CDMX** **México**  
Alcaldía, municipio o demarcación política Ciudad o población Entidad federativa o estado País

**11700** **(55) 50930200** **5517283985 equiroz@skandia.com.mx**  
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.

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.oldmutual.com.mx/cgcrea](http://www.oldmutual.com.mx/cgcrea)

### BENEFICIARIOS

	Nombre(s) con apellido paterno y materno	Fecha de nacimiento								Parentesco	%	Mismo domicilio que el contratante
1	Hugo Hurtado Ojeda	0	6	1	0	1	9	8	8	Hermano	50	No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/>
2	Gabriela Bernal Galicia	2	6	0	2	1	9	8	7	Amiga	50	No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
3		D	D	M	M	A	A	A	A			No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>

**Oficinas Corporativas de Old Mutual Life, S.A. de C.V. :**  
 Bosque de Ciruelos 162, Col. Bosques de las Lomas, 11700, Ciudad de México.  
 T. 01(55) 5093 0220, F. 01(55) 5245 1272 - 01800 0217 569 [www.oldmutual.com.mx](http://www.oldmutual.com.mx)  
 E-mail: [servicio@oldmutual.com.mx](mailto:servicio@oldmutual.com.mx)



1

### 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, delegación, 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 <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Firma _____
2	Masarik 20 Polanco Miguel Hidalgo CDMX 11000 México	No <input checked="" 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: 29 Estatura: 1.72 Peso: 75 kg

### 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 (X) Sí ( )
2. ¿ Ha sentido / sufrido o ha sido diagnosticado:
- a) Infarto al miocardio, hipertensión, soplo cardiaco u otra enfermedad cardiovascular. .... No (X) Sí ( )
  - b) Cáncer, tumor, leucemia u otra enfermedad sanguínea. .... No (X) Sí ( )
  - c) Hepatitis, enfermedad del hígado, aparato digestivo, riñones, aparato urológico (incluyendo próstata) o ginecológico (incluye alteraciones a las mamas). .... No (X) Sí ( )
  - d) Diabetes, colesterol alto, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, asma u otra enfermedad respiratoria crónica. .... No ( ) Sí (X)
  - e) Epilepsia, derrame o infarto cerebral, parálisis u otra enfermedad del sistema nervioso. .... No (X) Sí ( )
  - f) Alguna otra enfermedad física y/o mental no mencionada. .... No (X) 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
<u>Colesterol alto</u>	<u>23/06/2018</u>	<u>Farmacéutico</u>	<u>Estable</u>

4. ¿En alguna propuesta de seguro de vida ha sido declinado, diferido o aceptado en condiciones especiales?.. No (X) 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 (X) Sí ( )

En caso de que la respuesta sea afirmativa indique su frecuencia: \_\_\_\_\_

**Oficinas Corporativas de Old Mutual Life, S.A. de C.V. :**

Bosque de Ciruelos 162, Col. Bosques de las Lomas, 11700, Ciudad de México.

T. 01(55) 5093 0220, F. 01(55) 5245 1272 - 01800 0217 569 [www.oldmutual.com.mx](http://www.oldmutual.com.mx)

E-mail: [servicio@oldmutual.com.mx](mailto:servicio@oldmutual.com.mx)



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 (X) 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 (X) 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 (X)

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

2 cigarros

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

**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.oldmutual.com.mx/educacion-financiera/Documents/Glosario-de-Abreviaturas-Old-Mutual-Life.pdf](http://www.oldmutual.com.mx/educacion-financiera/Documents/Glosario-de-Abreviaturas-Old-Mutual-Life.pdf)


Old Mutual no se hace responsable 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 Old Mutual. Verifique que los primeros 6 dígitos de la referencia coincida con su número de contrato.



Firma del Contratante/Asegurado/Titular de la Cuenta

CDMX

Lugar de firma

  
**IMPORTANTE:**

Old Mutual 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 Old Mutual. Verifique que los primeros 6 dígitos de la referencia coincida con su número de contrato.

INTERMEDIARIO

Número del Agente: 10910101

Nombre del Agente: Daniela Rodríguez

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) 50930220 y (01800) 021 7569. Correo electrónico: [une@oldmutual.com.mx](mailto:une@oldmutual.com.mx); con horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 18:00 horas.

**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 mayo de 2019, con el número CNSF-S0088-0198-2019/CONDUSEF-003473-02.**

SOLICITUD\_APORTACIONES\_REGULARES\_CREA\_060519

**1. CONSENTIMIENTO DE ADHESIÓN**

Yo Eder Quiroz Ramírez me adhiero como fideicomitente adherente al presente contrato de Fideicomiso en donde Old Mutual 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: \$3,000.00 Plazo de aportaciones (indicar # de meses): 120 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.

**CUESTIONARIO DE PERFIL DE INVERSIÓN**

**PUNTOS**

<p><b>1. ¿En qué rango de edad se encuentra?</b>                      a) Entre 18 y 26 años (8 pts.) <input type="checkbox"/>                      b) Entre 27 y 36 años (5 pts.) <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>c) Entre 37 y 45 años (3 pts.) <input type="checkbox"/>                      d) Entre 46 y 59 años (0 pts.) <input type="checkbox"/>                      e) Más de 60 años (-5 pts.) <input type="checkbox"/></p>	5
<p><b>2. ¿Cuál es su nivel de estudios?</b>                      a) Secundaria o menos (0 pts.) <input type="checkbox"/>                      b) Preparatoria (1 pt.) <input type="checkbox"/></p>	<p>c) Carrera Profesional (4 pts.) <input checked="" type="checkbox"/>                      d) Maestría o Doctorado (6 pts.) <input type="checkbox"/></p>	4
<p><b>3. ¿En qué ha invertido usted en el pasado?</b>                      a) Chequeras, pagarés, seguros de vida (0 pts.) <input checked="" type="checkbox"/>                      b) Opción anterior + fondos de inversión en instrumentos de deuda (1 pt.) <input type="checkbox"/></p>	<p>c) Opción anterior + fondos de inversión en instrumentos de renta variable (2 pts.) <input type="checkbox"/>                      d) Opción anterior + acciones en directo (6 pts.) <input type="checkbox"/></p>	0
<p><b>4. ¿Cuál es su percepción de su nivel de conocimiento de productos financieros?</b>                      a) Bajo (0 pts.) <input type="checkbox"/>                      b) Medio (2 pts.) <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>c) Alto (4 pts.) <input type="checkbox"/>                      d) Experto (6 pts.) <input type="checkbox"/></p>	2
<p><b>5. ¿De qué manera espera que sus ingresos se puedan modificar durante el periodo de la inversión?</b>                      a) Mis ingresos podrían disminuir (1 pt.) <input type="checkbox"/>                      b) Mis ingresos se mantendrán estables (2 pts.) <input type="checkbox"/></p>	<p>c) Mis ingresos podrían incrementarse un poco (3 pts.) <input type="checkbox"/>                      d) Mis ingresos se podrían incrementar de manera importante (6 pts.) <input checked="" type="checkbox"/></p>	6
<p><b>6. ¿Cuál es el escenario que mejor se adecúa a las expectativas personales para el resultado de esta inversión?</b>                      a) Ganancias potenciales bajas pero sin ningún tipo de altibajos en el comportamiento de la inversión (-5 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"/></p>	<p>c) Ganancias potenciales importantes pero con una posibilidad media de minusvalías en un horizonte de 12 meses (3 pts.) <input checked="" type="checkbox"/>                      d) Ganancias potenciales máximas pero con una posibilidad mayor de minusvalías en un horizonte de 12 meses (8 pts.) <input type="checkbox"/></p>	3
<p><b>7. ¿Cuál es la expectativa de rentabilidad para esta inversión en un intervalo de un año? (sin que esto sea una garantía de rentabilidad)</b>                      a) Entre 4% y 7% (-5 pts.) <input type="checkbox"/>                      b) Entre -3% y 12% (0 pts.) <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>c) Entre -15% y 21% (4 pts.) <input type="checkbox"/>                      d) Entre -20% y 28% (6 pts.) <input type="checkbox"/></p>	0
<p><b>8. ¿Cuál sería la reacción en el supuesto de que en algún momento, el valor de la inversión inicial sufriera una disminución temporal (minusvalía)?</b>                      a) Vendería la totalidad de la inversión de inmediato (-5 pts.) <input type="checkbox"/>                      b) Vendería únicamente parte de la inversión (0 pts.) <input type="checkbox"/></p>	<p>c) Buscaría asesoría profesional para determinar qué hacer (3 pts.) <input checked="" 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"/></p>	3
<b>TOTAL PUNTOS</b>		<b>23</b>

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

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

Oficinas Corporativas de Old Mutual Life, S.A. de C.V. :  
 Bosque de Ciruelos 162, Col. Bosques de las Lomas, 11700, Ciudad de México.  
 T. 01(55) 5093 0220, F. 01(55) 5245 1272 - 01800 0217 569 [www.oldmutual.com.mx](http://www.oldmutual.com.mx)  
 E-mail: [servicio@oldmutual.com.mx](mailto:servicio@oldmutual.com.mx)



2

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 Moderado

En caso de que esta sugerencia sea un Portafolio Moderado y usted desee invertir en el Portafolio Moderado en Dólares<sup>1</sup> marque aquí.

Cambiar la sugerencia por el Portafolio \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>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 Old Mutual. 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 Old Mutual 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 Old Mutual 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. SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE CARGO AUTOMÁTICO A CUENTA CLABE, TARJETA DE CRÉDITO/ DÉBITO

**Autorizo y declaro conocer que:**

a) El monto de la domiciliación será por la cantidad de \$ 3,000.00 (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 16 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

**Oficinas Corporativas de Old Mutual Life, S.A. de C.V. :**

Bosque de Ciruelos 162, Col. Bosques de las Lomas, 11700, Ciudad de México.

T. 01(55) 5093 0220, F. 01(55) 5245 1272 - 01800 0217 569 [www.oldmutual.com.mx](http://www.oldmutual.com.mx)

E-mail: [servicio@oldmutual.com.mx](mailto:servicio@oldmutual.com.mx)



**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 Old Mutual únicamente realizará depósitos a la cuenta bancaria cuyo Titular sea el Contratante/Asegurado.

Tarjeta de crédito (Visa o MasterCard)  Institución bancaria: Banamex

Número de tarjeta de crédito: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 X X

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: BBVA

Número de CLABE (18 dígitos): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8

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: Daniela Rodríguez

Old Mutual no se hace responsable por pagos en efectivo con 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 Old Mutual. Verifique que los primeros 6 dígitos de la referencia coincida con su número de contrato.



Firma del Contratante/Asegurado/Titular de la Cuenta

  
**IMPORTANTE:**  
Old Mutual 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 Old Mutual. Verifique que los primeros 6 dígitos de la referencia coincida con su número de contrato.

ANEXO\_FIDEICOMISO\_23072018\_CREA

# CONSTANCIA DE ENTREVISTA Y PRESENTACIÓN DE CLIENTE

FECHA DE LLENADO

dd mm aaaa  
1 7 0 7 2 0 1 9

Folio o N° de Contrato: \_\_\_\_\_

Nombre del Financial Planner, Consejero Financiero o Agente de Seguro: \_\_\_\_\_

Daniela Rodríguez

Número o cédula: \_\_\_\_\_

10910101

Nombre del Contratante/Asegurado: \_\_\_\_\_

Eder Quiroz Ramirez

## 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 <input type="checkbox"/>              | Tarjetas de servicio y crédito <input type="checkbox"/>      | Tarjetas de prepago y cupones <input type="checkbox"/>       | Cheques de viajero <input type="checkbox"/>                     |
| Mutuo, préstamo o crédito <input type="checkbox"/>     | Servicios de Blindaje <input type="checkbox"/>               | Compra-venta y/o renta de inmuebles <input type="checkbox"/> | Compra-venta de metales y joyas <input type="checkbox"/>        |
| Compra-venta de obras de arte <input type="checkbox"/> | Compra-venta y/o renta de vehículos <input type="checkbox"/> | Traslado o custodia de valores <input type="checkbox"/>      | Servicios profesionales independientes <input type="checkbox"/> |
| Fedatario público <input type="checkbox"/>             | Captación de Donativos <input type="checkbox"/>              | Comercio exterior <input type="checkbox"/>                   |   |

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 Old Mutual: Sí  No       Algún familiar labora o ha laborado en Old Mutual: 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: Analista de servicio

Indique si tiene fuentes de ingreso extras: Sí  No  Especifique: \_\_\_\_\_

Si cuenta con negocio o empresa propia indique la denominación: No

Número y monto de aportaciones al año aproximadas (extraordinarias en el caso de contratos con aportaciones regulares): No

#### 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 Old Mutual, así como a las Disposiciones de carácter general en materia de prevención y detección de operaciones con recursos de procedencia ilícita y financiamiento al terrorismo emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y publicadas en el Diario Oficial el 14 de mayo del 2004.

1. Las respuestas dadas por el cliente sobre su actividad, ingresos y origen de recursos, son coherentes con el medio en el que el cliente se desempeña.	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. Fue clara, concreta y precisa la respuesta del cliente sobre el origen de sus recursos.	SÍ <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>

**Oficinas Corporativas:** Bosque de Ciruelos 162, Col. Bosques de las Lomas, 11700, Ciudad de México  
T. 01(55) 5093 0220, F. 01(55) 5245 1272 - 01800 0217 569  
[servicio@oldmutual.com.mx](mailto:servicio@oldmutual.com.mx) - [www.oldmutual.com.mx](http://www.oldmutual.com.mx)



CONSTANCIA\_ENTREVISTA\_CLIENTE\_VIDA\_05112018

**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: SI  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 Old Mutual Life, S.A. de C.V., que puede ser consultado en: [www.oldmutual.com.mx/avisodeprivacidad](http://www.oldmutual.com.mx/avisodeprivacidad)

Old Mutual no es responsable por pagos en efectivo o por cheques hechos directamente al Financiero. En número de referencia bancario que usted deberá utilizar para efectuar sus depósitos, será el número de cheque por Old Mutual. Verifique que la información de la referencia coincida con la del contrato.



Firma del cliente



Daniela Rodríguez

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

Oficinas Corporativas: Bosque de Ciruelos 162, Col. Bosques de las Lomas,  
11700, Ciudad de México  
T. 01(55) 5093 0220, F. 01(55) 5245 1272 - 01800 0217 569  
[servicio@oldmutual.com.mx](mailto:servicio@oldmutual.com.mx) - [www.oldmutual.com.mx](http://www.oldmutual.com.mx)



CONSTANCIA ENTREVISTA\_CUENTE\_VIDA\_05/12/18

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 POLIZA	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	50%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	
5	100%	60%	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%	95%	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 cinco 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, Old Mutual 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 Old Mutual L.P., 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. Old Mutual 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.

Old Mutual no se hace responsable por pagos en el momento que hechos directamente al Financial Planner, Agente de Seguros o Consejero Financiero. El número de referencia que usted deberá utilizar, para efectuar sus depósitos, será el proporcionado por Old Mutual. Verifique que los datos de la referencia coincida con su número de contrato.

Firma del Contratante/Asegurado/Titular de la Cuenta

Oficinas Corporativas: Bosque de Ciruelos 162, Col. Bosques de las Lomas, 11700, Ciudad de México  
T. 01(55) 5093 0220, F. 01(55) 5245 1272 - 01800 0217 569  
servicio@oldmutual.com.mx - www.oldmutual.com.mx



OLDMUTUAL

OLDMUTUALCREA\_TERCEROS\_ESPEC\_16112018



**SINIESTROS**



## PROCESO DE RECLAMACIÓN



El proceso de reclamación da inicio una vez que se notifica el fallecimiento del titular de la póliza.

**Los canales a los cuales se pueden dirigir para reportar un siniestro son:**

- Vía Call Center en los siguientes teléfonos: Interior de la república 01800 0217 569 Área metropolitana 01(55)50930220
- Enviando correo electrónico a [siniestros@oldmutual.com.mx](mailto:siniestros@oldmutual.com.mx) (Por medio del Agente y/o FP del titular de la póliza)
- Presentándose directamente en las oficinas del corporativo (Bosques de Ciruelos 162 | Col. Bosques de las Lomas | México D.F. | CP 11700)





Al dar el aviso de fallecimiento, te llegará por correo electrónico un archivo PDF donde se indican los documentos y formatos necesarios para el trámite.

Este PDF contiene:



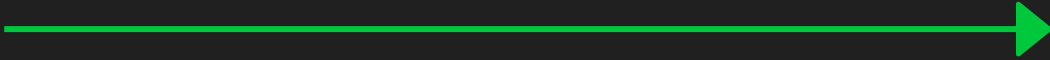
- Checklist según aplique
- Información de carácter general para el trámite de un siniestro de vida
- Formato para registro de huella (sólo en caso de que los beneficiarios no puedan o no sepan firmar)
- Solicitud de reclamación de beneficiarios
- Declaración de testigos
- Formulario médico sobre las causas del fallecimiento del asegurado
- Formato de transferencia por fallecimiento



Es indispensable contar con la documentación completa y en original, de lo contrario no se podrá dar inicio con el trámite.



# Checklist Vida



## ANEXO

### DOCUMENTACIÓN GENERAL REQUERIDA A BENEFICIARIOS

Póliza número: \_\_\_\_\_

Fecha de reclamación: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_

Marque con una "X" la documentación recabada.

- Solicitud de reclamación del o los beneficiarios.
- Formulario médico o certificado de defunción (anexar historial clínico con fechas de inicios de padecimientos que causaron o influyeron en la muerte).
- 2 declaraciones de testigos (diferentes a los beneficiarios).
- Acta de defunción (copia certificada).
- Acta de nacimiento del titular (copia certificada).
- Identificación del titular (original y copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).
- En caso de muerte accidental presentar actuaciones de ministerio público completas, averiguaciones previas, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios practicados, parte de tránsito (en caso de accidente en carretera) y conclusiones (copias certificadas).
- Póliza original: en caso de no tenerla anexar carta firmada por los beneficiarios explicando el motivo.
- Si algún beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
- Acta de matrimonio, en caso del que el cónyuge sea el beneficiario (copia certificada).
- Acta de nacimiento de los beneficiarios (copia certificada).
- Identificación de los beneficiarios vigente (original y copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).
- Comprobante de domicilio vigente de los beneficiarios (no mayor a tres meses).
- RFC del beneficiario (en caso de ser deducible)
- Curp de los beneficiarios.
- En caso de que el beneficiario sea menor de edad, es necesario entregar una carta de libre escrito por el tutor (padres); si el tutor no es alguno de los padres, es necesario presentar el acta tutelar emitida por el juez familiar.
- En caso de que el beneficiario sea alguna persona moral, es necesario presentar acta constitutiva (copia certificada) así como poder notarial e identificación oficial vigente del apoderado legal reclamante.
- Cuando el beneficiario sea alguna institución bancaria por razón de algún crédito otorgado al asegurado, será necesario el estado de cuenta la fecha de fallecimiento, con sello y firma.
- Cuando el beneficiario sea un contrato de fideicomiso, la solicitud la deberá presentar el fiduciario y adjuntar copia del contrato.

### INDICAR MÉTODO DE PAGO

- En caso de requerir transferencia bancaria es necesaria la copia del estado de cuenta a nombre del beneficiario, en donde se vea el nombre del banco y la clave interbancaria.
- Cheque (a nombre del beneficiario o tutor).
- Migración a un contrato Old Mutual (indicar número de referencia).

NOTA: En caso de solicitar cheque o transferencia si el beneficiario es menor de edad, es necesario que el tutor envíe una carta de libre escrito en donde indique el método de pago con su nombre, fecha y firma.



# Checklist Operadora



## ANEXO

### DOCUMENTACIÓN GENERAL REQUERIDA A BENEFICIARIOS

Póliza número: \_\_\_\_\_

Fecha de reclamación: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_

Marque con una "X" la documentación recabada.

- Solicitud de reclamación de beneficiarios (s).
- Acta de defunción (copia certificada).
- Acta de nacimiento del titular (copia certificada).
- Identificación del titular (original y copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).
- Contrato original: en caso de no tenerlo anexar carta firmada por los beneficiarios explicando el motivo.
- Si algún beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
- Acta de matrimonio, en caso del que el cónyuge sea el beneficiario (copia certificada).
- Acta de nacimiento de los beneficiarios (copia certificada).
- Identificación de los beneficiarios vigente (original y copia de credencial de elector, pasaporte o cedula profesional).
- Comprobante de domicilio vigente de los beneficiarios (no mayor a tres meses).
- RFC de los beneficiarios (en caso de ser deducible).
- Curp de los beneficiarios.
- En caso de que el beneficiario sea menor de edad, es necesario entregar una carta de libre escrito por el tutor (padres); si el tutor no es alguno de los padres, es necesario presentar el acta tutelar emitida por el juez familiar.
- En caso de que el beneficiario sea alguna persona moral, es necesario presentar acta constitutiva (copia certificada) así como poder notarial e identificación oficial vigente del apoderado legal reclamante.
- Cuando el beneficiario sea alguna institución bancaria por razón de algún crédito otorgado al asegurado, será necesario el estado de cuenta la fecha de fallecimiento, con sello y firma.

### INDICAR MÉTODO DE PAGO.

- En caso de requerir transferencia bancaria es necesaria la copia del estado de cuenta a nombre del beneficiario, en donde se vea el nombre del banco y la clave interbancaria.
- Cheque (a nombre del beneficiario o tutor).
- Migración a un contrato Old Mutual (indicar número de referencia).

NOTA: En caso de solicitar cheque o transferencia si el beneficiario es menor de edad, es necesario que el tutor envíe una carta de libre escrito en donde indique el método de pago con su nombre, fecha y firma.

# Checklist Incapacidad Total y permanente



## CHECK LIST INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

### ANEXO

Documentación General Requerida.

Póliza Numero: \_\_\_\_\_

Fecha de Reclamación: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_

- Solicitud de Reclamación.
- Acta de nacimiento del titular.
- Identificación del Titular vigente (Original y copia de Credencial de Elector, Pasaporte o Cédula Profesional).
- Póliza Original: En caso de no tenerla anexar carta firmada por los beneficiarios explicando el motivo.
- Comprobante de domicilio vigente del (los) beneficiarios (s) (no mayor a tres meses).
- RFC o CURP del titular.
- Certificado Médico de invalidez emitido por la autoridad correspondiente original. (IMSS, ISSSTE, Sector Salud (Seguro popular))

### INDICAR METODO DE PAGO.

- En caso de requerir transferencia bancaria es necesaria la copia del estado de cuenta a nombre del beneficiario, en donde se vea el nombre del banco y la CLABE interbancaria.
- Cheque, el cual lo tendría que recoger el titular en nuestro corporativo.

# INFORMACIÓN GENERAL

Es importante leer con atención todos los puntos que se indican para el trámite de un siniestro



## Información de carácter general para el trámite de un siniestro de vida

### Estimado cliente:

Con el afán de brindarle el mejor servicio, le agradeceremos leer esta página de información general y al presentar su reclamación, verifique que se cumpla con todos los documentos que se mencionan para evitar demoras en el pago. Le informamos que todos los trámites relacionados con el pago de su reclamación son gratuitos.

Es importante considerar los siguientes puntos:

- A. Para la correcta asignación de los porcentajes entre los beneficiarios es necesario que se realicen algunos movimientos entre fondos al contrato del cual está realizando su reclamación. Estos movimientos tienen la finalidad de conjuntar todos los recursos de los diferentes fondos de inversión en uno solo, el cual tiene las características de ser un fondo de deuda con liquidez mismo día.


Por lo anterior, es necesario que cada beneficiario llene y firme el "Formato de transferencia por Fallecimiento" y la adjunte a los documentos que se necesitan para comenzar su reclamación.

- B. Si algún beneficiario fuera menor de edad, deberá firmar la solicitud de pago el padre y la madre o en su defecto, la persona que ejerza la patria potestad de acuerdo al documento legal que así lo acredite previo documento legal que así lo acredite.
- C. En caso de que los Beneficiarios nombrados hayan fallecido antes que el Asegurado y éste no haya hecho una nueva designación, la suma asegurada se pagará a los herederos legales del Asegurado, por lo que será necesario la exhibición en copia certificada del documento en el que conste la designación de heredero o cargo de albacea.
- D. Cuando la póliza se pague a los herederos legales del asegurado, el albacea deberá acreditar su nombramiento, así como la aceptación y protesta del cargo conferido, con el documento legal para tal efecto expedido.
- E. En caso de que algún beneficiario se encuentre médicamente imposibilitado para el ejercicio de sus derechos, será necesario que la persona que lo tenga bajo su cuidado tramite un Juicio de Interdicción, lo presente a la compañía incluyendo historia clínica y estudios practicados con carácter devolutivo, firme la solicitud de reclamación y anexe copia simple de su identificación oficial y vigente.
- F. En caso de que el Beneficiario o a quien Ceda el derecho de la póliza y que reclame el pago del seguro no sepa o pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de su dedo pulgar derecho y en su caso, que dos personas firmen a su ruego como testigos. Para esto se puede utilizar el siguiente formato.

# Formato para registro de huella

sólo en caso de que los beneficiarios no puedan o no sepan firmar



 **OLDMUTUAL**

México, D.F., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

**Old Mutual Life, S.A de C.V.  
Act. Maria Angélica Marin Ballesteros  
Lic. Julio César Méndez Dávalos**

**Presente:**

Hacemos constar que en nuestra presencia \_\_\_\_\_ (NOMBRE DEL CLIENTE) imprimió su huella digital en virtud de no saber o poder firmar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifestó expresamente su conformidad con ella y a su ruego firmo.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre completo testigo 2

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

Solicitud de reclamación de beneficiario(s)

Los datos a que se refiera esta forma deberán ser proporcionados por el o los beneficiarios nombrados en las pólizas del seguro o sus representantes legales bajo su firma.

Número de póliza o certificado: \_\_\_\_\_ Tipo de seguro: Individual  Grupo

**DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre(s))

DOMICILIO A LA FECHA DE FALLECIMIENTO (Calle, número y Colonia)

C.P. CIUDAD TELÉFONO

Número de Afiliación al IMSS, ISSSTE u Otro RFC

CURP FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) LUGAR DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD OCUPACION A LA FECHA DE FALLECIMIENTO ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJABA Y DOMICILIO

INDIQUE EN QUE OTRAS COMPANÍAS ESTABA ASEGURADO

**DATOS DEL MEDICO QUE ATENDIERON AL ASEGURADO**

NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre(s))

DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO TELÉFONO

NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre(s))

DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO TELÉFONO

**DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO**

LUGAR DE FALLECIMIENTO FECHA DE FALLECIMIENTO

CAUSA DE FALLECIMIENTO

AGENCIA QUE PROPORCIONO LOS SERVICIOS FUNERARIOS FECHA

EL FALLECIMIENTO FUE EN DOMICILIO PARTICULAR, HOSPITAL U OTROS

EN CASO DE MUERTE VIOLENTA INDIQUE QUE AUTORIDAD TOMO CONOCIMIENTO DEL HECHO

DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO TELÉFONO

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**

NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre(s)) FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO CIUDAD Y ESTADO TELÉFONO

RFC CURP PARENTESCO OCUPACIÓN

E-MAIL NACIONALIDAD GIRO FIRMA

## SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIARIOS

- El formato debe venir completamente requisitado de acuerdo al tipo de siniestro (En el caso de que no aplique se debe colocar N/A)
- Se debe incluir los datos del médico tratante o bien el médico que firmo el certificado de defunción
- Colocar datos completos acerca del fallecimiento
- Los datos de los beneficiarios deben venir de forma completa y clara, indicando teléfono y correo electrónico para futuras notificaciones.

# FORMULARIO MÉDICO

## Formulario médico sobre las causas del fallecimiento del asegurado

Este deberá ser contestado de puño y letra por el médico que extendió el certificado de defunción o por el médico tratante del asegurado.

### DATOS GENERALES DEL FINADO

NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre(s))

No. DE POLIZA TIPO DE SEGURO (individual, grupo y colectivo) No. DE CERTIFICADO

RESIDENCIA EN EL MOMENTO DE FALLECIMIENTO CIUDAD Y ESTADO

EDAD AL FALLECIMIENTO SEXO LUGAR DE FALLECIMIENTO

EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN EL HOSPITAL O SANATORIO. ¿CUÁL?

TIEMPO DE CONOCER AL ASEGURADO TIEMPO DE ATENDER AL ASEGURADO

¿CUÁNDO USTED CONSULTÓ POR PRIMERA VEZ AL FINADO ACERCA DE LA CAUSA DIRECTA O INDIRECTA DEL FALLECIMIENTO?

EN CASO DE NO HABERLO TRATADO, ¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE EXTIENDE EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN?

¿HUBO EN LA MUERTE DEL ASEGURADO EFECTOS DIRECTOS O INDIRECTOS CAUSADOS POR EL USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, DROGAS U OTROS TIPOS DE ESTIMULANTES O ENERVANTES, ETC? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO FAVOR DE ESPECIFICAR

¿EN QUE ENFERMEDADES O AFECCIONES, OPERACIONES, ETC... LO ASISTIÓ UD, O FUE CONSULTADO ANTES DEL PADECIMIENTO QUE MOTIVÓ LA MUERTE? (DETALLAR EN EL SIGUIENTE CUADRO)

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_  
 No. DE VECES QUE LO ASISTIÓ: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_  
 DURACIÓN: \_\_\_\_\_  
 GRAVEDAD: \_\_\_\_\_  
 SECUELAS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO TELÉFONO

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO

NOMBRE TELÉFONO

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO

El formato deberá ser contestado de puño y letra por el médico que extendió el certificado de defunción o por el médico tratante del asegurado.

### CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE 1	CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE
Enfermedad, lesión o estado patológico que produce la muerte directamente.	A)	
Causas, antecedentes.	B)	
Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.	C) D)	
PARTE 2		
Otros estados psicológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo.		

NOTA: LAS CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN DEBERÁN ANOTARSE DE ACUERDO CON EL MODELO DEL CERTIFICADO INTERNACIONAL QUE COMPRENDE LAS PARTES I: "CAUSA DE DEFUNCIÓN A, B) Y C)" Y LA II "OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BÁSICA" HAGO CONSTAR QUE LA INFORMACIÓN QUE ESTOY PROPORCIONANDO EN ESTE DOCUMENTO, ESTÁ APEGADA A LA VERDAD, DE ACUERDO A LOS ELEMENTOS QUE CONOZCO SOBRE EL CASO EN CUESTIÓN.

NOTA: COMO MÉDICO CERTIFICANTE O TRATANTE, AUTORIZO A LOS HOSPITALES Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD A LOS QUE HAYA ACUDIDO EL FINADO PARA TRATAMIENTO O DIAGNÓSTICO, QUE SE OTORGUEN A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA QUE LO REQUIERA, LOS INFORMES QUE SE REFERAN A LA EVOLUCIÓN DE SU SALUD, INCLUSIVE TODOS LOS DATOS DE PADICIMIENTOS ANTERIORES Y RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE. PARA TAL EFECTO, EN ESTE CASO RELIEVO A LAS INSTITUCIONES O PERSONAS INVOLUCRADAS DEL SECRETO PROFESIONAL Y HAGO CONSTAR QUE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN TIENE EL MISMO VALOR QUE EL ORIGINAL.

### DATOS DEL MÉDICO QUE ATENDIERON AL ASEGURADO

NOMBRE DEL MÉDICO (apellido paterno, materno, nombre(s))

DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO

TELÉFONO RFC CEDULA DE ESPECIALIDAD

CERTIFICADO DEL CONSEJO DE ESPECIALIDAD CEDULA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES


LUGAR FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

Se deberá indicar causas de la defunción, intervalos entre inicio de la enfermedad y la muerte, de acuerdo con el modelo del certificado de defunción



# FORMATO DECLARACIÓN DE TESTIGOS

 **OLDMUTUAL**

**Declaración de testigos**

**AVISO**

ANTES DE PROCEDER A LLENAR ESTA DECLARACION, ROGAMOS LEAN CON ATENCIÓN Y CUMPLAN ESTRICTAMENTE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES ESPECIALES, TENIENDO CUIDADO DE REVISAR QUE TODAS LAS PREGUNTAS HAYAN SIDO CORRECTAMENTE CONTESTADAS

**INSTRUCCIONES ESPECIALES**

LA DECLARACIÓN DEBE HACERLA UNA PERSONA LEGALMENTE CAPAZ QUE HAYA CONOCIDO AL ASEGURADO, QUE NO TENGA INTERÉS ALGUNO EN LA RECLAMACIÓN Y QUE ESTÉ DISPUESTA A AMPLIAR SU TESTIMONIO, EN CASO DE SER NECESARIO, ANTE LA ASEGURADORA.

ESTE FORMATO DEBERÁ SER LLENADO CON LETRA DE MOLDE Y LAS PREGUNTAS DEBERÁN SER CONTESTADAS DE MANERA CLARA Y PRECISA. SERÁ NECESARIO QUE DOS PERSONAS LLENEN CADA UNA LA DECLARACIÓN DE TESTIGOS.

**DATOS GENERALES DEL TESTIGO**

NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre(s)) \_\_\_\_\_

DOMICILIO (Calle, Número y Colonia, Ciudad, Estado, C.P.) \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES DEL FINADO**

NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre(s)) \_\_\_\_\_

DOMICILIO (Calle, Número y Colonia, Ciudad, Estado, C.P.) \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

CUANTO TIEMPO CONOCIO AL FINADO \_\_\_\_\_ TIEMPO DE RELACIONES SOSTENIDAS CON EL FINADO \_\_\_\_\_

MÉDICOS QUE ATENDIERON AL FINADO

NOMBRE \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

CAUSAS DE LA MUERTE \_\_\_\_\_

USTED VIO EL CADAVER SI  NO  FECHA DE LA DEFUNCIÓN \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE LA INHUMACIÓN/CREMACIÓN \_\_\_\_\_

¿LE CONSTA QUE EL CADAVER DE LA PERSONA ASEGURADA ES LA IDENTIFICADA POR USTED COMO FALLECIDA CON EL NOMBRE Y APELLIDO ARRIBA INDICADOS? SI  NO

SI LA MUERTE FUE VIOLENTA INDIQUE QUÉ AUTORIDAD TOMO CONOCIMIENTO DEL HECHO \_\_\_\_\_

→ La declaración debe hacerla una persona legalmente capaz que haya conocido al asegurado y que no tenga interés alguno en la reclamación.

→ El formato deberá ser llenado con letra de molde y las preguntas deberán ser contestadas de manera clara y precisa .

**Nota:** Se debe incluir 2 formatos, adicional copia de la identificación de los testigos por siniestro reclamado.

# PÓLIZA ORIGINAL



OLD MUTUAL CREA  
PÓLIZA DE SEGURO

## DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

**NOMBRE:** DANIELA RODRIGUEZ **PÓLIZA:** XXXX  
**DOMICILIO:** XXXXXXXXXXXXXXXX **FECHA DE EXPEDICIÓN:** 04/01/2019  
XXXXXX  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 05/08/1972 **VIGENCIA DEL:** 04/01/2019 **HASTA:** 04/01/2028  
**LUGAR Y CIUDAD DE NACIMIENTO:** MÉXICO **PLAN:** OLD MUTUAL CREA  
**RFC:** XXXXXXXX  
**CURP:** XXXXXXXXXXXXXXXX

## COBERTURAS

**Cobertura por Fallecimiento.** Old Mutual pagará la suma asegurada por Fallecimiento a los Beneficiarios, en caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Contrato de Seguro.

**Cobertura de Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente.** Old Mutual pagará la suma asegurada de la Cobertura Básica al Asegurado, en caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, por enfermedad o accidente, durante la vigencia del Contrato de Seguro.

Le sugerimos consultar las COBERTURAS, EXCLUSIONES y RESTRICCIONES del seguro en las Condiciones Generales del contrato que le son entregadas y que además se encuentran disponibles en [www.oldmutual.com.mx/cgCrea](http://www.oldmutual.com.mx/cgCrea).

## SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada será decreciente y equivalente a \$201,034.00 M.N., la cual disminuirá de manera mensual en un monto equivalente a \$2,000.00 M.N., hasta una suma asegurada mínima equivalente \$1,000.00 M.N..

## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre	Relación con el Asegurado	Porcentaje	Irrevocable
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Hijo	1.00	SI ( ) NO (X)

En caso de que algún Beneficiario sea 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.

Oficinas Corporativas de Old Mutual Life, S.A. de C.V.

Bosque de Ciruelos 162, Col. Bosques de las Lomas, C.P. 11700, Ciudad de México.  
Servicio de Atención al Cliente: T. 01 (55) 5093 0220 - 01800 0217 509  
Correo electrónico: [servicio@oldmutual.com.mx](mailto:servicio@oldmutual.com.mx) | [www.oldmutual.com.mx](http://www.oldmutual.com.mx)

Los beneficiarios deberán entregar copia de la póliza, en caso de no contar con la misma, se deberá anexar carta firmada por todos los beneficiarios explicando el motivo por el cual no cuentan con la póliza .

# CARTA DE JUSTIFICACIÓN EN CASO DE NO PRESENTAR PÓLIZA

 **OLDMUTUAL**

**CARTA DE JUSTIFICACION EN CASO DE NO PRESENTAR CONTRATO  
(SOLICITUD/CONTRATO) EN ORIGINAL.**

México D.F a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Old Mutual Life, S.A. de C.V.  
Bosque de Ciruelos 162, Primer Piso.  
Col. Bosques de las Lomas, C.P. 11700  
At'n: Ing. Jorge David Galvis Suarez.

Yo, \_\_\_\_\_ en mi carácter de beneficiario de contrato \_\_\_\_\_, cuyo titular era \_\_\_\_\_ aclaro que no cuento con la solicitud/contrato en original por la siguiente causa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

De antemano aclaro que la presente carta tiene el fin de justificar ante Old Mutual Life S.A. de C.V. y ante cualquier otra entidad de carácter legal o regulatorio, que por el motivo antes mencionado, no presento el documento en original al momento de realizar el seguimiento para el pago de mi reclamación sobre los derechos que tengo ante la totalidad del monto correspondiente según los respectivos porcentajes asignados en el mismo, por lo cual solicito por este documento se proceda con el tramite correspondiente a falta de la solicitud en cuestión.

\_\_\_\_\_  
Atentamente.  
Nombre y firma.

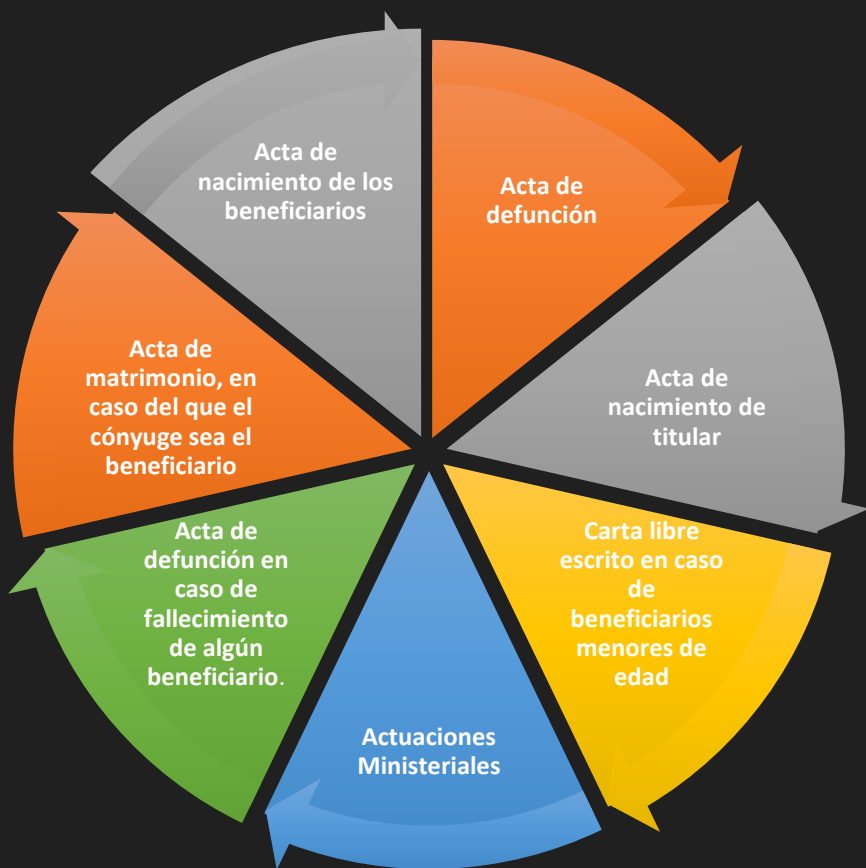
La carta justificación podrá ser solicitada por medio del correo de [siniestros@oldmutual.com.mx](mailto:siniestros@oldmutual.com.mx) .

**Se debe entregar carta por beneficiario.**

# DOCUMENTOS



Los documentos mencionados deberán ser entregado en copia certificada es decir (**Originales**), mismos que se quedarán a resguardo de la empresa



## DOCUMENTOS EN COPIA



- Identificación del titular original y copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional.
- Identificación de los beneficiarios vigente (original y copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).
- Comprobante de domicilio vigente de los beneficiarios (no mayor a tres meses).
- RFC del beneficiario (en caso de ser deducible)
- Curp de los beneficiarios.
- Estado de cuenta.



**Nota:** Cabe mencionar que la documentación tales como **RFC, CURP, Comprobante de domicilio, Estado de Cuenta, Identificaciones Oficiales Vigentes**, vengan con el respectivo cotejo del FP o bien Agente quien reciba la información, dicho cotejo debe de venir con la leyenda de: **Se cotejo contra original, nombre firma de quien coteja, y fecha.**



Debes enviar la documentación original lo antes posible a:  
Bosque de Ciruelos 162 Piso 2 Col. Bosques de las Lomas CP 11700, Ciudad de México

Con atención a "SINIESTROS".



# MÉTODO DE PAGO



## Puntos de interés para el beneficiario(s)

### TRANSFERENCIA BANCARIA

- En caso de requerir transferencia bancaria es necesaria la copia del estado de cuenta a nombre del beneficiario, en donde se vea el nombre del banco y la clave interbancaria.



### CHEQUE

- El cheque se entregará en el corporativo directamente a los beneficiarios por lo que deben presentarse con identificación oficial vigente.

### MIGRACIÓN A CONTRATO

- El formato de migración se debe solicitar por medio del correo de siniestros.

- El trámite de pago, inicia cuando la información es recibida completa y correcta (En el corporativo.)
- Sólo se da información alguna del trámite a los beneficiarios registrados, agentes y/o FP.
- El proceso de pago se inicia una vez recibida y validada la documentación original contra lo enviado vía electrónica.
- Los montos finales, se entregarán a los beneficiarios por escrito en una carta finiquito y se conocen una vez realizada la venta del portafolio.
- El pago estará disponible según la liquidez de los fondos de inversión.
- El proceso tiene como tiempo máximo 30 días naturales, esto en caso de que no se solicite documentación adicional.



*¡Muchas  
Gracias!*