



Manual Operativo



Servicio

Área que valida la información de los clientes para:

- Ejecutar una instrucción (Cambio de datos en los contratos o gestión de instrucciones operativas)



¿ Que es una Instrucción?

Formato o documento en donde nuestros clientes solicitan algún movimiento, corrección o cambio en su contrato o póliza

IMPORTANTE: Las instrucciones no deben contener **tachaduras, enmendaduras, corrector, campos sin llenar, etc**





Tipos de Instrucciones



Administrativas

- Alta de Cuenta
- Domiciliación
- Rectificación de datos
- Cambio de beneficiarios
- Rehabilitación



Operativas

- Retiros totales y parciales
- Cambios de portafolios





Alta de Cuenta Bancaria



Alta / Baja Cuenta Bancaria
Skandia Life, S.A. de C.V

 Dia Mes Año

Nombre del Contratante/Asegurado:

No. de Contrato/Póliza:

Producto:
Skandia Crea Visión Flex Capital Seguro CEA Otros

Por medio de la presente solicito dar seguimiento de acuerdo a mi solicitud para la(s) siguiente(s) cuenta(s) bancaria(s) en mi contrato/póliza celebrado con Skandia Life, S.A. de C.V

No. Cuenta de Cheques	Banco	Sucursal	Cabe	Titular de la Cuenta Bancaria	Alta	Baja

Lo anterior para los efectos legales a que haya lugar.
Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier duda o comentario al respecto.

Nombre y firma del Contratante/Asegurado

DOCUMENTACION ANEXA:

- Comprobante Bancario / Contrato de Apertura
- INE Vigente
- Carta de la Institución bancaria con sello y firma

Importante

- Duración del Proceso : 5 a 10 días hábiles.
- No es posible dar de altas cuentas extranjeras
- No es posible dar de altas cuentas de personas morales
- No es posible solicitar retiros a cuentas de terceros





Formato Cargo Automático



Autorización de Cargo Automático de Aportaciones a contratos Skandia CREA a Cuenta CLABE, Tarjeta de Crédito/Débito

Datos del Contratante/Asegurado

Día Mes Año

Nombre del contratante asegurado:

No. de Contrato/Póliza

Se solicita

Alta Cambio

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

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

Autorizo y declaro conocer que:

- a) El monto de la domiciliación será por la cantidad de \$.....(No podrá ser menor a la aportación comprometida).
- b) La domiciliación será realizada los días..... con la siguiente periodicidad:

Mensual Trimestral Semestral Anual

c) Deseo actualización automática según inflación SI NO

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

e) La empresa podrá realizar intentos de domiciliación bajo las políticas que ella misma señale.

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

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

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

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





Formato Cargo Automático

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(os) retiro(x) parcial(es) o total de mi contrato. Entiendo que Skandia únicamente realizará depósitos a la cuenta bancaria cuyo Titular sea el Contratante/Asegurado.

Tarjeta de crédito (Visa ó Mastercard) Institución bancaria: _____

Número de tarjeta:

Si usted desea registrar una cuenta bancaria para retiro(x) parcial(es) o total le solicitamos llenar los siguientes datos:

Número de CLABE (18 dígitos):

Número de tarjeta débito:

Nota: Solo se aceptan depósitos a la cuenta bancaria o número de tarjeta cuyo titular sea el Contratante/Asegurado.

Se verificó que la tarjeta de crédito/débito/cuenta CLABE
está a nombre del contratante y se encuentra vigente.

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma del agente _____

Firma del Titular de la cuenta/tarjeta bancaria
(Debe de ser el mismo que el Contratante/Asegurado)

Requisita:

- Campos completos.
- Si es Alta de Cuenta: Comprobante Bancario / Contrato de Apertura
- INE Vigente
- Carta de la Institución bancaria con sello y firma

Importante

- Aplica para TDC , TDD y Clabes Interbancarias





Alta de Cuenta Proveedor de Recursos



FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE PROVEEDOR DE RECURSOS

____ Dia ____ Mes ____ Año

De conformidad con el anexo 10 de las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Nombre del contratante asegurado:

Producto:

Skandia Crea Viaión Flex CEA Otro: _____

Datos del Proveedor de Recursos:

Nombre completo:

Profesión:

Fecha de nacimiento:

Actividad o giro:

País de nacimiento:

Teléfono:

Nacionalidad:

Correo electrónico:

Ocupación:

Domicilio particular:

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

CURP:

RFC/Número de identificación fiscal:

Número de serie del Certificado digital de la FIEL (Cuanto cuente con él):

Relación o Parentesco con el contratante/asegurado:

Mediante la firma del presente, expreso mi voluntad de proveer recursos al producto contratado por _____ por lo que autorizo se carguen los montos acordados en el contrato a la cuenta a mi nombre que fue registrada en el mismo. Estoy de acuerdo y acepto con los cargos que se aplicarán a mi cuenta de acuerdo a las políticas que están establecidas en el plan. Asimismo, reconozco que como Proveedor de los Recursos, no estoy autorizado a dar ninguna instrucción ni solicitar información respecto del contrato mencionado y que todo refiro, parcial o total, se realizará a cuentas a nombre del Contratante/asegurado. Por lo que libero a Skandia Life, S.A. de C.V. de cualquier responsabilidad derivada de la presente instrucción.

Se adjunta a la presente copia de:

- Identificación oficial y vigente del Proveedor de los recursos
- Constancia de CURP o Cédula Fiscal
- Comprobante de domicilio, cuando sea diferente al indicado en la identificación
- Comprobante de bancario
- Comprobante de interés asegurable

Atestamento

Firma del Proveedor de Recursos

Documentación Anexa

- INE Vigente
 - CURP o RFC
 - Comprobante de Domicilio, Comprobante Bancario
 - Comprobante de Interés Asegurable.
- **Este es exclusivo para la domiciliación**



Interés Asegurable

Documento que acredite la relación entre el asegurado y el proveedor de recursos (Acta de Matrimonio, Acta de Nacimiento.)



Formato Rectificación de Datos



Formato de Rectificación de Datos Personales
Skandia Life S.A. de C.V.

Día Mes Año

Datos del Contratante/Asegurado
Nombre del Contratante/Asegurado _____
No. de Contrato/Póliza _____
Crea Visión Capital Seguro 218 Otros

Por medio de la presente solicito registrar nuevo:
RFC _____
Razón Social _____
Domicilio _____
Nuevo teléfono:
Particular _____
Celular _____
Trabajo _____ Ext. _____
Nuevo correo electrónico _____
Ocupación _____
Estado civil _____
Otro _____

Lo anterior para los efectos legales a que haya lugar.
Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier duda o comentario al respecto.
El cliente declara que la información entregada a Skandia es veraz. Skandia NO asume responsabilidad alguna si esta información es entregada de forma errada o desactualizada.

Nombre y firma del Contratante/Asegurado _____

En caso de ser necesario por su seguridad, Skandia confirmará esta instrucción con el Contratante/Asegurado.
Documentos que deberá anexar:
Domicilio particular comprobante de domicilio (no mayor a tres meses de antigüedad).
Teléfono comprobante del número telefónico domicilio/celular.
Para cambio de correo electrónico se requiere la identificación oficial del Contratante/Asegurado.
En caso de no contar con comprobante para los números telefónicos de trabajo/celular, el formato deberá contener la leyenda "Instrucción Confirmada con el Cliente" autorizado por el Gerente y/o Sub-Gerente con firma y nombre.

Aviso de Privacidad
Manifiesto que previo al llenado del presente documento me ha sido dado a conocer el Aviso de Privacidad de Skandia Life, S.A. de C.V. (Responsable) con domicilio en el señalado en el remanente de este documento y con el cual de Internet: www.skandia.com.mx/aviso-de-privacidad/, en donde otorgo el Aviso de Privacidad referido, por lo anterior otorgo en este acto mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales para las finalidades y transferencias establecidas en dicho Aviso.

Oficinas Corporativas Skandia
Boulevard de Churubos 142, Col. Bosques de las Lomas C.P. 11700, Ciudad de México
Teléfonos (55) 5063-0220 - 800 0217369

Requisita

- Campos completos
- Adjunta
 - ✓ Comprobante de Domicilio
 - ✓ Comprobante de Teléfono
 - ✓ RFC

Importante

Para el teléfono particular es obligatorio el comprobante

El INE funciona como comprobante de domicilio siempre y cuando tenga el mismo domicilio que el que se registrara





Formato Cambio de beneficiarios



Alta / Baja Beneficiarios
Skandia Life, S.A. de C.V.
México, D.F., a _____ de _____ de 20____

Nombre del contratante/segurado:

No. de póliza/contrato:

Tipo de plan:

Aportaciones Regulares Capital Seguro CEA

Por medio de la presente solicito modificar a los beneficiarios de mi contrato/póliza celebrado con la institución arriba mencionada, y deberán quedar de la siguiente manera:

Beneficiario	Porcentaje	Parentesco	Fecha de nacimiento

Lo anterior para los efectos legales a que haya lugar.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier duda o comentario al respecto.

Nombre y firma del titular/contratante

Documentos que deberá anexar:
- Copia de identificación oficial del beneficiario.

Aviso de Privacidad
Manifiesto que previo al llenado del presente documento me he dado a conocer el Aviso de Privacidad de Skandia Life, S.A. de C.V. (Responsable) con domicilio en el domicilio de este documento y con el fin de obtener, sobre skandia.com.mx, todos los servicios, en donde está el Aviso de Privacidad referido, por lo anterior otorgo en este acto mi consentimiento para el tratamiento de los datos personales para las finalidades y transferencias establecidas en dicho Aviso.

Oficina Corporativa Skandia
Boulevard de Colón 102, Col. Bosques de las Lomas, C.P. 11700, Ciudad de México
Teléfono: (55) 5200 0233 - 800 0217 588
Correo Electrónico: informacion@skandia.com.mx skandia@skandia.com.mx
Lunes a Viernes de 09:00 a 19:00 hrs

Requisita

- Campos completos





Formato Rehabilitación



Formato de Rehabilitación

____ Día ____ Mes ____ Año

Datos del Contratista/Asegurado

Nombre del Contratista/Asegurado: _____

No. de Contrato/Póliza: _____

Tipo de Plan:

Aportaciones Regulares CEA PPR Skandia Care Otro: _____

Por medio del presente solicito a Skandia Life S.A. de C.V. se reactive el Contrato/Póliza señalado en el presente documento. Por lo anterior declaro que mi salud, ocupación y/o actividades:

- No han tenido alguna modificación desde el momento en que adquirí este Contrato/Póliza con ustedes.
 Si he sufrido cambios, por tal motivo anexo al presente, el cuestionario médico con mis datos para su valoración.

¿Deseo mantener mi portafolio con el que contaba antes de la cancelación? Si No

En caso de que mi respuesta sea negativa anexo el cuestionario de cambio de perfil.

¿Deseo reactivar mi domiciliación? Si No

En el momento que al reactivar mi domiciliación se realizará con la información bancaria que tenía registrada antes de la cancelación, si deseo modificar esta, anexo el formato de cambio de domiciliación, así como, el estado de cuenta e identificación oficial y vigente.

Respecto a los cargos aplicados en el proceso de cancelación entiendo que me serán abonados a mi contrato/póliza una vez reactivado este de acuerdo a la política establecida por Skandia Life, S.A. de C.V.

Declaro que las respuestas han sido estrictamente apodadas a la verdad y quedo entendido que el trámite de Rehabilitación quedará condicionado al pago de las aportaciones vencidas de mi Programa Aportaciones, a Skandia Life S.A. de C.V., de acuerdo a la cláusula de rehabilitación de las condiciones generales de la póliza.

Sin más por el momento y en espera de una respuesta por parte de ustedes, quedo a sus órdenes para cualquier aclaración adicional.

Firma del Contratista/Asegurado

Documentación que se adjunta:

- Cuestionario médico.
- Copie de Estado de cuenta.
- Copie de la identificación oficial y vigente.
- Cuestionario de cambio de perfil (en caso de que aplique).
- Cambio de domiciliación (en caso de que aplique).

Oficina Corporativa Skandia
Boulevard de México 102, Cda. Tlaxcala de las Lunas, C.P. 11190, Ciudad de México
Teléfono: (55) 5949 3230 - 800 0217 599
Correo Electrónico: skandia@skandia.com.mx www.skandia.com.mx
Línea a México de 9:00 a 18:00 hrs.

www.skandia.com.mx

Requisita

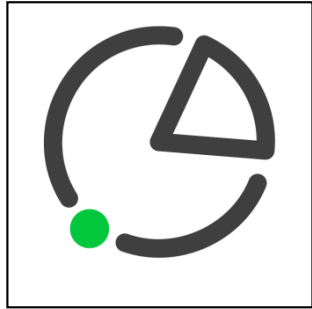
En este mismo al seleccionar que se reactive la domiciliación, esta se reactiva sin otro formato

Adjuntar los documentos que se solicitan en el formato



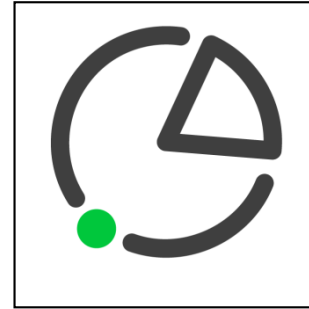


Tipos de Retiros



Parcial

- Formato, portal o por llamada a SAC.
- Apegarse al horario operativo.



Total o Cancelación

- Únicamente por formato.
- Aplican cargos de cancelación e ISR (ISR: 35% Art 185 y 20% Art. 151)
- Apegarse al horario operativo.





Formato Retiro Total / Cancelación



Retiro Total / Cancelación
Skandia Life, S.A. de C.V.

Día Mes Año

Nombre del Titular/Cotitular: _____

No. de Contrato/Póliza: _____

Producto:
Skandia Crea Visión Flex Capital Seguro CEA Otros _____

Monto/Porcentaje a retirar:
100%

Especifique la cuenta registrada en el contrato a la cual desea que se le realice el depósito. La cuenta debe estar a nombre del Contratado/Asegurado de la póliza. En caso de no tener cuenta bancaria registrada para depósitos, por favor registrarla de acuerdo al proceso de alta de cuentas.

Nombre del titular de la cuenta: _____

Banco: _____

Número de cuenta CLABE (18 dígitos): []

Aprobado Inversionista:

Con el fin de mejorar en forma continua es muy importante para nosotros conocer los motivos de su retiro. Esperamos tener la oportunidad de volverlo a atender en un futuro cercano.

Por favor marque con una X en el recuadro el motivo o los motivos de su retiro:

Insatisfacción con el desempeño de la estrategia de inversión, de acuerdo con mis objetivos.

Insatisfacción con la calidad de la asesoría de mi Financial Planner

Tengo una mejor alternativa de inversión en:

Otra Institución financiera Negocio

Vivienda Otro _____

Insatisfacción con el soporte operativo de Skandia en:

Transacciones Estado de cuenta

Atención Skandia Net

Otro Motivo: _____

Notas importantes:

La disponibilidad de los recursos está sujeta a la liquidez de los fondos.

El depósito quedará firme, siempre y cuando Skandia tenga convenio con la institución bancaria que usted eligió, en caso contrario quedará sujeto a su valora.

En caso de ser necesario por su seguridad, Skandia continuará esta instrucción de retiro con el Contratado/Asegurado en los términos registrados previamente.

En caso de requerir el registro de una nueva cuenta bancaria, la operación se procesará de 5 a 10 días hábiles de haberse recibido, y se continuará al alta de la cuenta con el Contratado/Asegurado en los términos registrados previamente.

No están permitidas las retiros a cuentas de terceros.

En caso de que el titular nos retire el depósito solicitado, los recursos se reintegrarán a un fondo líquido (cuenta) el cual será su nuevo portafolio, los recursos estarán disponibles en este fondo hasta que se solicite un caso nuevo de depósito.

Atentamente

Firma del Titular

Horario límite para solicitar movimientos será el siguiente:
Skandia Life, S.A. de C.V. Antes de las 17:30 hrs.

Después de este horario su instrucción será procesada hasta el siguiente día hábil.

Existen algunas limitaciones de inversión que tienen un horario específico de apertura, y por tanto su cierre se prevé al horario anteriormente especificado.

Oficina Corporativa Skandia
Boulevard de Carabobo 1301, C.A. Residencial de las Luces C.P. 11700 Ciudad de México.
Teléfono: (55) 8238 0220 800 0217 969
Correo Electrónico: contactoconcliente@skandia.com.mx servicioalcliente@skandia.com.mx
Lima a México de 2020 a 2020 hrs. www.skandia.com.mx

Requisita

- Campos completos
- Especifica cuenta clave a 18 dígitos
- Especifica Banco y Titular de la cuenta Bancaria

Importante

- No se aplican retiros a cuentas de terceros





Cambios de Portafolios

- Premium a Premium.
- Si la solicitud ingresa con Portafolio Estratégico no podrá realizar cambios en vida del contrato.
- Premium Moderado en Dólares.



Importante

Solo aplica cambios en portafolios Premium





Formato Cambio de Portafolio



Portafolios Premium Skandia Cambio de Perfil

Nombre del contratante asegurado

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

Día Mes Año

No. de Contrato/Póliza

El esquema Portafolio Premium Skandia es una novedosa alternativa de administración de portafolios. Aunque no es una promesa de rendimientos, el portafolio se rebalancará de manera dinámica de acuerdo a las condiciones y expectativas de mercados.

Por favor seleccione el plan de inversión que tiene contratado con Skandia

Plan de Aportaciones Regulares Skandia Crea Capital Seguro Multitrua CEA

Cuestionario de perfil financiero

PUNTA

1. ¿En cuánto tiempo piensa usar los recursos de esta inversión?	
<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses (1.00) <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 año (2.00) <input type="checkbox"/> 1 a 2 años (3.00) <input type="checkbox"/> Más de 2 años (4.00)	
2. ¿Cuál es el escenario que mejor se ajuste a las expectativas personales para el resultado de esta inversión?	
<input type="checkbox"/> Se mantiene prácticamente igual con un pequeño aumento al final del periodo de inversión (1.00) <input type="checkbox"/> Se mantiene prácticamente igual con un crecimiento moderado al final del periodo de inversión (2.00) <input type="checkbox"/> Se mantiene prácticamente igual con un crecimiento moderado al final del periodo de inversión (3.00) <input type="checkbox"/> Se mantiene prácticamente igual con un crecimiento moderado al final del periodo de inversión (4.00)	
3. ¿Cuál es la expectativa de rentabilidad para esta inversión en un horizonte de un año? (¿Iniciará con una garantía de rentabilidad?)	
<input type="checkbox"/> 0% (1.00) <input type="checkbox"/> 1% (2.00) <input type="checkbox"/> 2% (3.00) <input type="checkbox"/> 3% (4.00) <input type="checkbox"/> 4% (5.00)	
4. ¿Cuál sería la reacción al escenario de que en algún momento, el valor de la inversión total sufriera una fluctuación temporal (perjudicial)?	
<input type="checkbox"/> Se mantendría tranquilo (1.00) <input type="checkbox"/> Se vendería inmediatamente (2.00) <input type="checkbox"/> Se vendería inmediatamente (3.00) <input type="checkbox"/> Se vendería inmediatamente (4.00)	
5. ¿Cuál es su percepción de su nivel de conocimiento de productos financieros?	
<input type="checkbox"/> Muy poco (1.00) <input type="checkbox"/> Poco (2.00) <input type="checkbox"/> Moderado (3.00) <input type="checkbox"/> Mucho (4.00)	
6. ¿En qué ha invertido usted en el pasado?	
<input type="checkbox"/> Inversión en acciones (1.00) <input type="checkbox"/> Inversión en acciones y fondos de inversión (2.00) <input type="checkbox"/> Inversión en acciones y fondos de inversión (3.00) <input type="checkbox"/> Inversión en acciones y fondos de inversión (4.00)	
7. ¿En qué manera espera que sus ingresos se puedan modificar durante el periodo de la inversión?	
<input type="checkbox"/> No espera que sus ingresos se modifiquen (1.00) <input type="checkbox"/> Espera que sus ingresos se modifiquen (2.00) <input type="checkbox"/> Espera que sus ingresos se modifiquen (3.00) <input type="checkbox"/> Espera que sus ingresos se modifiquen (4.00)	
8. Siendo consciente que esta es una proyección de su patrimonio ¿cómo representa esta inversión, más considerando sus propios hábitos. Con este escenario, ¿qué proporción aproximada del total de su patrimonio representaría esta inversión?	
<input type="checkbox"/> Menos de 10% (1.00) <input type="checkbox"/> Entre 10% y 20% (2.00) <input type="checkbox"/> Entre 20% y 30% (3.00) <input type="checkbox"/> Más de 30% (4.00)	

Portafolio Premium Skandia Conservador [1] Estabilidad [4-18] Moderado o Moderado en crecimiento [20-28] Dinámico [27-32] Especulativo [33-38] TOTAL PUNTA(S)

EL DQ.1: Objeto de la inversión EL DQ.2: Conocimiento y experiencia financiera EL DQ.3: Hábitos financieros del inversionista

Declaro que las inversiones materia de este contrato serán administradas a través del siguiente Portafolio Premium Skandia considerando que mi actual posición de liquidación será transferida al nuevo portafolio seleccionado.

Portafolio Actual		Portafolio Nuevo	
Conservador	()	Conservador	()
Estabilidad	()	Estabilidad	()
Moderado	()	Moderado	()
Moderado* (DS)	()	Moderado* (DS)	()
Dinámico	()	Dinámico	()
Especulativo	()	Especulativo	()

Requisita

- Campos completos
- Puede ser por medio del SAC o por medio del formato





Errores mas comunes

NOMBRE DEL FONDO DE INVERSIÓN	MONTO O PORCENTAJE A RETIRAR
GRANOPRB - 2	\$ 700,000

Error en Fondo

Nombre del titular de la cuenta: David Vega Vargas

Sin Numero de Contrato

Inmente por Alberto Lopez
onocimiento (DN): cn=Alberto Lopez,
Ing S.C., ou=Sandler Training Mexico,
sandler.com, c=MX
09 163310 -0500

Alberto López Martínez

Firmas Digitales





Puntos de Contacto

Movimientos Operativos

- Instruccionescliente@skandia.com.mx
- IVR opción 2

Servicio agente

- servicioagente@skandia.com.mx
- IVR opción 6



¡Muchas Gracias!