# CAPITAL SEGURO
## SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

**FECHA DE LLENADO**
dd mm aaaa

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

**NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATANTE / ASEGURADO:**

Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno

**Estado civil:** Soltero ☐ Casado ☐ Otro ☐ _____ **Sexo:** Femenino ☐ Masculino ☐

dd mm aaaa

**Fecha de nacimiento** | **País y ciudad de nacimiento** | **Nacionalidad**

**CURP** | **RFC** | **Profesión**

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

**DOMICILIO PARTICULAR DEL CONTRATANTE / ASEGURADO**

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

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

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

### 2. INFORMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA

**SEGURO DE VIDA - COBERTURAS**

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

Este producto 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/seguros.**

La periodicidad del pago de la prima de este seguro de vida será mensual. El pago de la prima se hará con cargo al Fideicomiso No. 304.

**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)**

| | **DOMICILIO**<br>(Nombre de la calle, avenida o vía, número exterior e interior, colonia o urbanización, alcaldía, municipio o demarcación política, ciudad o población, entidad federativa o estado, país, C.P.) | **BENEFICIARIO IRREVOCABLE**<br>(Sólo es necesaria la firma de los beneficiarios elegidos como irrevocables) |
|---|---|---|
| 1 | | **No** ☐ **Sí** ☐ **Firma** _____ |
| 2 | | **No** ☐ **Sí** ☐ **Firma** _____ |
| 3 | | **No** ☐ **Sí** ☐ **Firma** _____ |

Advertencia A) En caso de que se desee nombrar como Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios durante la minoría de edad de ellos puede implicar legalmente que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.
Advertencia B) En caso de que algún Beneficiario haya sido designado en forma irrevocable, el Asegurado habrá renunciado a su derecho de revocar su designación en términos del artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Edad:_____ Estatura:_____ Peso:_____

**CUESTIONARIO MÉDICO**

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

1. ¿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 policíaco, 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**

**Este documento sólo constituye una Solicitud de Seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la compañía de seguros ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

Para consultar las abreviaturas, en caso de existir, que se encuentren contenidas en este contrato de seguro, así como preceptos legales que no se encuentren descritos en este contrato de seguro ingresar al sitio: www.skandia.com.mx/bienestar-financiero/Documents/Glosario-de-Abreviaturas-Skandia-Life.pdf

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

_____

Firma del Contratante/Asegurado/Titular de la Cuenta

_____

Lugar de firma

**IMPORTANTE:**

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

INTERMEDIARIO

Número del Agente: _____

Nombre del Agente: _____

Firma del Agente: _____

Manifiesto que he informado al Contratante sobre el alcance real de la cobertura del seguro, así como la forma de conservarla y darla por terminada.

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; con horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 18:00 horas.

CONDUSEF: Avenida Insurgentes Sur N° 762, Colonia del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Teléfonos (55) 5340 0999 y (800) 9998 080. Página de internet: www.condusef.gob.mx, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx.

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de agosto de 2023, con el número CNSF-S0088-0278-2023/ CONDUSEF-006078-01.**

## DOCUMENTO NO VALIDO



skandia

**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 - www.skandia.com.mx**