

**DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE/ASEGURADO**

**NOMBRE:** XXXXXXXXXXXXX

**PÓLIZA:** XXXXXXX

**DOMICILIO:** XXXXXXX

**FECHA DE EXPEDICIÓN:** XXXXXXX

**FECHA DE NACIMIENTO:** XXXXXXX

**VIGENCIA DEL:** XXXXX **HASTA:** XXXXX

**LUGAR Y CIUDAD DE NACIMIENTO:** XXXXX

**PLAN:** SKANDIA CREA

**RFC:** XXXXX

**CURP:** XXXXX

**COBERTURAS**

**Cobertura por Fallecimiento.** Skandia pagará a los Beneficiarios, en caso de Fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada especificada en el apartado "SUMA ASEGURADA" de esta Carátula de Póliza a la fecha del siniestro, siempre y cuando el fallecimiento del Asegurado ocurra dentro de la vigencia del Contrato de Seguro.

**Cobertura de Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente.** Skandia anticipará al Asegurado, en caso de Invalidez Total y Permanente y una vez transcurrido el periodo de espera, la Suma Asegurada de la Cobertura Básica, siempre y cuando la Invalidez Total y Permanente del Asegurado ocurra 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 <https://www.skandia.com.mx/soluciones-para-personas/seguros/Documents/cgskc-05042023-cnsf-s0088-0164-2023.pdf>.**

**SUMA ASEGURADA**

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

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Nombre	Relación con el Asegurado	Porcentaje	Irrevocable
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	SI ( ) NO ( )
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	SI ( ) NO ( )

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.

**CONDICIONES PARTICULARES DEL CONTRATO**

**No existen condiciones particulares para este contrato.**

**PRIMA DE SEGURO**

La Prima del seguro que el Contratante se obliga a pagar a la Compañía es de:

Año	Cuota anual al millar de suma asegurada
1	12.71
2	5.45
3 en adelante	2.93

**Periodicidad de pago:** Anual

**Moneda:** Pesos Mexicanos

EL ARTICULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO ESTABLECE "SI EL CONTENIDO DE LA POLIZA O SUS MODIFICACIONES NO CONCORDAREN CON LA OFERTA, EL ASEGURADO PODRA PEDIR LA RECTIFICACION CORRESPONDIENTE DENTRO DE LOS TREINTA DIAS QUE SIGAN AL DIA EN QUE RECIBA LA POLIZA. TRANSCURRIDO ESTE PLAZO SE CONSIDERAN ACEPTADAS LAS ESTIPULACIONES DE LA POLIZA O DE SUS MODIFICACIONES".

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

Para cualquier consulta o reclamación puede acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios, ubicada en Ferrocarril de Cuernavaca 689, PB, Ampliación Granada, 11529, Miguel Hidalgo, CDMX. Teléfonos: (55) 50930220 y (800) 021 7569. Correo electrónico: [une@skandia.com.mx](mailto:une@skandia.com.mx); con horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 18:00 horas.

CONDUSEF: Avenida Insurgentes Sur N° 762, Colonia del Valle, Ciudad de México, C.P.03100. Teléfonos (55) 53400999 y (800) 9998 080. Página de internet: [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx), correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx).

**Canal de Distribución:** XXXXXXXXXXXX

**Número de Agente:** XXXXXXXXXXXX

**Nombre del Agente:** XXXXXXXXXXXX

**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 05 de abril de 2023, con el número CNSF-S0088-0164-2023/CONDUSEF-005860-01.**

Ciudad de México a XX de XXX de XXXX

"SKANDIA LIFE, S.A. DE C.V."

\_\_\_\_\_  
FIRMA APODERADO

**DOCUMENTO NO VALIDO**