SKANDIA CREA
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 cuenta con la cobertura adicional de Anticipo de la Suma Asegurada del Beneficio Básico de Fallecimiento por Invalidez Total y Permanente.

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.skandia.com.mx/soluciones-para-personas/seguros

La periodicidad del pago de la prima de este seguro de vida será anual.El pago de la prima se hará con cargo _____

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 ☐

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**

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, alcaldía, 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** ☐ **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. ¿Ha padecido alguna enfermedad física o mental por la cual haya sido incapacitado, incluso haya sido hospitalizado? ..... No ( ) Sí ( )

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

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

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

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 ( ) 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 ( ) 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 ( )

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

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

INSTRUCCIÓN PARA EL ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN

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

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.
Como Solicitante del seguro y en su caso, Asegurado, autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o establecimientos de salud donde he sido atendido, a que otorguen a Skandia Life, S.A. de C.V., todos los informes que se refieran a mi salud, inclusive todos los datos de padecimientos presentes, anteriores y futuros. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional.

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 usode 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 po drá obtener la ratificación de mi firma digital por vía telefónica, para lo cual, autorizo grabar las conversaciones telefónic as que Skandia mantenga conmigo, bajolos 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.pd

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 bancaria 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 25 de octubre de 2023, con el número CNSF-S0088-0263-2023/ CONDUSEF-006072-02.

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**