

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).		

¿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.

Nota informativa para el cliente: Sus datos podrían ser reportados a las autoridades tributarias locales en cumplimiento de la normativa de información fiscal. De igual manera la falta o incorrecta observancia a la presente declaración puede dar lugar a la práctica de retenciones tributarias de acuerdo a la normativa fiscal vigente.

Declaro que he examinado la información contenida en esta sección y que, conforme a mi mejor conocimiento, dicha información es cierta, completa y actualizada. Adicionalmente declaro que **No tengo obligaciones fiscales en otros países no mencionados en este formulario.**

Me comprometo a informar a Skandia Life, S.A. de C.V. (Aseguradora) en caso de existir relación contractual en alguna de ellas, si se produce un cambio en la información contenida en esta sección.

DOMICILIO PARTICULAR DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

Nombre de la calle, avenida o vía		No. Exterior e interior		Colonia o urbanización	
Delegación, municipio o demarcación política		Ciudad o población		Entidad federativa o estado	
Teléfono casa/oficina (indicar lada)		Celular		Correo electrónico	

DOMICILIO FISCAL DEL CONTRATANTE / ASEGURADO (en caso de ser diferente al domicilio particular).

Nombre de la calle, avenida o vía		No. Exterior e interior		Colonia o urbanización	
Delegación, municipio o demarcación política		Ciudad o población		Entidad federativa o estado	
				C.P.	

2. INFORMACIÓN DEL PLAN Y DEL SEGURO:

¿Tiene proyectado realizar de primas recurrentes? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo indique el monto promedio y su frecuencia (Semanal, Quincenal, Mensual, Trimestral, Semestral, Anual): _____

La Suma Asegurada será la establecida por la Compañía en la carátula de la Póliza y será fija durante toda la vigencia del Contrato 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: <https://www.oldmutual.com.mx-/soluciones-para-personas/inversiones/Documents/wealth/condiciones-generales-prosperity-international.pdf>

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 A			Sí ☐ No ☐
2.	D D M M A A A A A			Sí ☐ No ☐
3.	D D M M A A A A A			Sí ☐ No ☐
4.	D D M M A A A A A			Sí ☐ No ☐
5.	D D M M A A A A A			Sí ☐ No ☐

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, C.P.).	BENEFICIARIO IRREVOCABLE (Sólo es necesaria la firma de los Beneficiarios elegidos como irrevocables).
1.	Firma Sí ☐ No ☐
2.	Firma Sí ☐ No ☐
3.	Firma Sí ☐ No ☐
4.	Firma Sí ☐ No ☐
5.	Firma Sí ☐ No ☐

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.

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. INFORMACIÓN DE CUENTA BANCARIA

DATOS DE LA CUENTA/TARJETA BANCARIA PARA RETIROS:

Clabe:

Institución bancaria: _____

NOTA: Acepto que la cuenta bancaria arriba señalada se registre en sus sistemas para el(os) retiro(s) parcial(es) o total de mi contrato. Entiendo que Skandia únicamente realizará depósitos a la cuenta bancaria cuyo Titular sea el Contratante/Asegurado.

DATOS DE LA CUENTA ORIGEN DE LOS RECURSOS POR PAGO DE LA PRIMA:

El beneficio fiscal será efectivo únicamente si la cuenta bancaria origen de los recursos para el pago de la(s) prima(s) están a nombre del Contratante/Asegurado. Por lo anterior le pedimos que, en caso de que la cuenta bancaria que vaya a registrar para retiros sea diferente a la del origen de los recursos para el pago de la prima, nos indique los últimos cuatro dígitos de la cuenta origen a nombre del Contratante/Asegurado así como el nombre de la institución bancaria:

Cuenta:

Institución bancaria: _____

Últimos 4 dígitos de la cuenta:

4. 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).

AVISO DE PRIVACIDAD

Manifiesto que previo al llenado de la presente solicitud/póliza me ha sido dado a conocer el Aviso de Privacidad de Skandia Life, S.A. de C.V. (Responsable) con domicilio el señalado en el membrete de esta solicitud y con 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 las finalidades y transferencias establecidas en dicho Aviso.

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

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

IMPORTANTE:

Skandia no se hace responsable por pagos en efectivo o en cheques hechos directamente a terceras personas o realizar los depósitos a cuentas distintas a las señaladas por Skandia.

En caso de realizar algún depósito, recuerde verificar su número de referencia proporcionado por Skandia.

Firma del Contratante/Asegurado/Titular de la Cuenta

Lugar de Firma



IMPORTANTE:

Skandia no se hace responsable por pagos en efectivo o en cheques hechos directamente a terceras personas o realizar los depósitos a cuentas distintas a las señaladas por Skandia.

En caso de realizar algún depósito, recuerde verificar su número de referencia proporcionado por Skandia.

INTERMEDIARIO

Número del Agente: _____

Nombre del Agente: _____

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 septiembre de 2018, con el número CNSF-S0088-0196-2018/CONDUSEF-003192-03.