

SEGURO DOTAL SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

Fecha de llenado:

DÍA

MES

AÑO

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:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

País de Nacimiento:

Nacionalidad:

CURP:

Ciudad de Nacimiento:

Profesión:

Ocupación :

Actividad

Número de serie 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.

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/solucionesparapersonas/seguros.

BENEFICIARIOS

	Nombre(s) con apellido paterno y materno	Fecha de nacimiento	Parentesco	%	Mismo domicilio que el contratante
1					
2					
3					

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 Firma:
2		NO Firma:
3		NO 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.

3. AUTORIZACIÓN DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

El cliente declara actuar: _____

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)

4. INSTRUCCIÓN PARA EL ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN

La documentación contractual de su producto le será entregada 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: _____

Su Póliza y estado de cuenta estarán siempre disponibles a través del portal de Skandia Net

Asimismo, trimestralmente emitiremos y enviaremos a su correo electrónico su estado de cuenta, sin perjuicio de enviárselo a su domicilio en forma impresa de manera semestral; si usted también desea que el envío semestral se lleve a cabo de manera electrónico a su cuenta de correo le pedimos lo indique 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 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/terminosycondicionesdeusodemedios electronicos, 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; alternatively 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/bienestarfinanciero/Documents/GlosariodeAbreviaturasSkandiaLife.pdf**

Firma del contratante
/Asegurado/Titular de la cuenta

Lugar de la 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, 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) 53400999 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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 24 de agosto de 2026, con el número CNSF-S0088-0375-2026 / CONDUSEF-007353-01.