

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

NOMBRE _____

PÓLIZA _____

DOMICILIO _____

FECHA DE EXPEDICIÓN _____

VIGENCIA DEL _____

HASTA _____

PLAN _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

LUGAR Y CIUDAD DE NACIMIENTO _____

RFC _____

CURP _____

COBERTURAS

Cobertura por Fallecimiento. Skandia le pagará a los Beneficiarios designados en caso de fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza, siempre y cuando el fallecimiento del Asegurado ocurra durante la vigencia del Contrato de Seguro. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado y una vez pagada la indemnización correspondiente, se cancelan todos los derechos derivados de esta Póliza y Skandia queda liberada de todas las obligaciones relativas a la misma.

Cobertura por Supervivencia. El Asegurado que llegue con Vida a la fecha de vencimiento indicada en la caratula de la póliza, recibirá de la Compañía la Suma Asegurada descrita para esta Cobertura en la caratula de la póliza, dando por terminado cualquier obligación futura relacionada con el presente contrato de seguro.

Le sugerimos consultar las COBERTURAS, EXCLUSIONES y RESTRICCIONES del seguro en las Condiciones Generales del contrato que se encuentran disponibles en <https://www.skandia.com.mx/soluciones-para-personas/seguros>

SUMA ASEGURADA

Se otorga una Suma Asegurada de **\$X.XXX.XX M.N.**, durante la vigencia del seguro.

PRIMA

Prima: \$XXX M.N.

Periodicidad de pago: Única

Moneda: Pesos Mexicanos

Nota: Skandia NO se hace responsable por pagos en efectivo, cheque o transferencia efectuados en favor de persona alguna. En caso de hacerlo en efectivo, favor de hacerlos directamente en las cuentas bancarias que le son informadas en https://www.skandia.com.mx/wk/docs/guias/guia_depositos_internet_Life.pdf; con cheque a nombre de Skandia Life, S.A. de C.V., con la leyenda "para abono en cuenta del beneficiario", o bien solicitar el servicio de domiciliación.

SEGURO DOTAL
PÓLIZA DE SEGURO VIDA
Póliza _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre	Parentesco	Porcentaje	Irrevocable
			SI NO
			SI NO
			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.

VALORES GARANTIZADOS

Este producto otorga, como valor garantizado, el valor de rescate o efectivo equivalente a un porcentaje de la reserva matemática mismo que se obtiene considerando cada plazo y año de proyección se decidió utilizar la siguiente tabla de castigos por rescate promedio sobre la reserva matemática correspondiente al año de cancelación:

Año Póliza	Plazo del Seguro													
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	>18
1	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
2	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
3	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%
4	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
5	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%
6	0%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
7	0%	0%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
8	0%	0%	0%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
9	0%	0%	0%	0%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%
10	0%	0%	0%	0%	0%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%
11	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
12	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
13	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
14	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	5%	5%	5%	5%
15	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	5%	5%	5%
16	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	5%	5%
17	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	5%
>18	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%

CONDICIONES PARTICULARES DEL CONTRATO

No existen condiciones particulares para este contrato.

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

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; 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.

Canal de Distribución

Número de Agente

Nombre del Agente

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.

Ciudad de México a _____ de _____ de _____

“SKANDIA LIFE, S.A. DE C.V.”

FIRMA APODERADO