

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

NOMBRE:**FECHA DE NACIMIENTO:****VIGENCIA DEL:****HASTA:****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.

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/mercadeo/docs/CG_SC_V1.pdf

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada será de \$100,000.00 M.N y será fija durante toda la vigencia del Contrato.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre**Relación con el Asegurado****Porcentaje****Irrevocable**

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.

Oficinas Corporativas de Skandia Life, S.A. de C.V.

Ferrocarril de Cuernavaca ,689, P.B, Ampliación Granada, 11529, Miguel Hidalgo, CDMX. Servicio de Atención al Cliente: T. (55) 5093 0220 - 800 0217 569 Correo electrónico: servicio@skandia.com.mx | www.skandia.com.mx

PRIMA DE SEGURO

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

Monto: \$58.00 M.N.

Periodicidad de pago: Mensual

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".

Las reclamaciones relacionadas con el pago de cualquier indemnización deberán ser presentadas a la Compañía en los términos que ésta establezca para tales efectos. La Compañía hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que haya recibido la totalidad de los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de la cláusula Comprobación del Siniestro.

Con base en el artículo 33 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, Skandia tendrá el derecho de compensar las primas que se le adeuden, con la prestación de vida al beneficiario.

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, P.B, 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.

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 06 de Octubre de 2020, con el número CNSF-S0088-0275-2020/CONDUSEF-004406-02.

Ciudad de México a ____ de _____ de _____

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

FIRMA APODERADO