

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE / ASEGURADO (debe de ser la misma persona)

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATANTE / ASEGURADO:

Nombre(s): Apellido Apellido Materno:
Paterno:
Estado Civil: Sexo: Fecha de
Nacimiento:
País de Nacionalidad: CURP:
Nacimiento:
Ciudad de Nacimiento:
RFC: Profesión: Ocupación:
Actividad Número de serie digital de la FIEL
o Giro: (en caso de contar con él):

DOMICILIO PARTICULAR DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

Nombre de la calle, avenida No. Exterior e Colonia o
o vía: interior: urbanización:
Alcaldía, municipio o Ciudad o Entidad federativa
demarcación política: población: o estado:
País: C.P.: Teléfono casa/oficina
Celular: Correo (indicar lada):
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 Pago anticipado 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 mensual.

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		Sí / No	Firma:
2		Sí / No	Firma:
3		Sí / 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.

Edad:	Estatura:	Peso:
-------	-----------	-------

CUESTIONARIO MEDICO
(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? **Sí / No**

2. ¿Ha sentido / sufrido o ha sido diagnosticado:

a) Infarto al miocardio, hipertensión, soplo cardíaco u otra enfermedad cardiovascular **Sí / No**

b) Cáncer, tumor, leucemia u otra enfermedad sanguínea **Sí / No**

c) Hepatitis, enfermedad del hígado, aparato digestivo, riñones, aparato urológico (incluyendo próstata) o ginecológico (incluye alteraciones a las mamas). **Sí / No**

d) Diabetes, colesterol alto, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, asma u otra enfermedad respiratoria crónica. **Sí / No**

e) Epilepsia, derrame o infarto cerebral, parálisis u otra enfermedad del sistema nervioso **Sí / No**

f) alguna otra enfermedad física y/o mental no mencionada. **Sí / No**

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? Sí / No 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? Sí / No 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)? Sí / No

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? 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:		
		SÍ / NO
8. ¿Fuma usted actualmente?		
En caso de respuesta afirmativa favor de indicar el número de cigarros o puros al día		SÍ / NO
9. ¿Ha variado su peso más de 5 kilos en el último año?		
En caso de respuesta afirmativa favor de especificar ¿cuántos kilos y por qué?		SÍ / NO
10. ¿Algún otro riesgo médico o de ocupación no considerado que desee declarar?		
En caso de respuesta afirmativa favor de especificarlo:		SÍ / NO
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)		
4. INFORMACIÓN DEL PROPÓSITO		
Propósito:		
Plan:		
Prima de Ahorro		
Prima de Ahorro:	Plazo de pago de primas (indicar # en años):	Frecuencia:
¿Desea incrementar la prima de ahorro? SÍ / NO		
% de incremento:		
En caso de escoger una Cuenta Personal Especial para el Ahorro, el valor de la Prima de Ahorro estará sujeto a los límites indicados por la Ley de Impuesto sobre la Renta, para obtener el beneficio fiscal. Sin embargo, es posible realizar el pago de primas de ahorro adicionales.		
En caso de no pagar la Prima de Ahorro en los plazos indicados y caer en la cancelación automática de la póliza, según las condiciones generales del seguro:		
Alternativas de régimen de inversión de las reservas:		

5. INFORMACIÓN FISCAL

¿Es ciudadano, residente o residente para efectos fiscales 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 SSN o Social Security Number

En caso de no contar con Número de Identificación Fiscal indique la razón:

A. Reside en una jurisdicción que no emite Identificación Fiscal.

B. No puede obtener la Identificación Fiscal, los cuales se recomienda incluir en el apartado.

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.

Con la firma de este formato declaro bajo protesta de decir la verdad 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.

6. 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: Sí / No

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: Sí / No

7. SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE CARGO AUTOMÁTICO A CUENTA CLABE, TARJETA DE CRÉDITO/ DÉBITO

SOLICITO Y AUTORIZO a Skandia Life, S.A. de C.V. (la empresa) para que instruya al banco correspondiente, que con cargo a la cuenta/tarjeta bancaria detallada en la parte inferior del presente documento, realice por mi cuenta el descuento por concepto, importe y periodicidad que en este documento se detalla. Esta autorización estará vigente mientras que no la revoque expresamente y por escrito el que suscribe. Asimismo, manifiesto mi conformidad, y me obligo a sujetarme a las políticas que se establezcan para este tipo de servicio, en particular y de forma enunciativa más no limitativa a las siguientes condiciones: (a) La suscripción de pagarés a favor del banco emisor para documentar el cargo en cuenta/tarjeta bancaria no será necesaria, siendo reconocidos los importes que aparezcan al amparo de esta autorización en el estado de mi cuenta/tarjeta bancaria; (b) En caso de insuficiencia de fondos en mi cuenta/tarjeta bancaria, manifiesto conocer que los cargos (aportaciones) correspondientes serán rechazados, siendo de mi entera responsabilidad el pago del principal adeudo (aportaciones vencidas) con la empresa, así como las comisiones, intereses y accesorios que se lleguen a generar;

y

(c) Sé y reconozco que las disposiciones que regulan el manejo de mi cuenta/tarjeta bancaria son independientes a la presente autorización por lo que dicha cuenta/tarjeta bancaria se registrará por el propio contrato de cuenta/tarjeta bancaria que he celebrado con el banco emisor. Estoy enterado también de que en cualquier momento podré pedir al Banco que cancele sin costo la realización del cargo recurrente solicitado e informaré a la empresa dicha cancelación.

Asimismo, autorizo irrevocablemente a la empresa, para que con motivo de la presente instrucción proporcione cualquier información al banco directamente o a través de terceros respecto a la cuenta/tarjeta bancaria aquí identificada. Por así convenir a mis intereses y de conformidad con la presente instrucción de registro de cuenta/tarjeta bancaria, reconozco que la empresa a partir de la fecha de la presente realizará única y exclusivamente los cobros correspondientes a la cuenta/tarjeta bancaria registrada en este acto, por lo que libero a la empresa de cualquier responsabilidad presente o futura por el cumplimiento de dicha instrucción.

Autorizo y declaro conocer que:

a) El monto de la domiciliación será por la cantidad de \$ (No podrá ser menor a la prima de ahorro)

b) Los débitos se realicen (seleccione la opción que desee):

Frecuencia:

Día:

Primer débito la fecha más próxima posible una vez la solicitud sea aceptada por Skandia Life S.A. de C.V.: **Sí / No**

- c) Normalmente, si el día seleccionado es inhábil, el descuento se aplicará al día hábil inmediato siguiente. Sin embargo, en caso de que los últimos días del mes fueran inhábiles, el cobro se realizará el día hábil anterior.
- d) La empresa podrá realizar reintentos de domiciliación bajo las políticas que ella misma señale.
- e) En caso de que el reintento del descuento haya sido rechazado por insuficiencia de fondos o cuenta bloqueada, autorizo a la empresa a realizar un cargo de \$10.00 (diez pesos 00/100 M.N.) más I.V.A.
- f) Los montos debitados serán abonados por el banco 48 horas hábiles después de la domiciliación exitosa y se verán reflejados en el portal de Skandia Net dentro de las 72 horas hábiles después de aplicado el débito.
- g) En caso de objeción de algún cargo (prima de ahorro) por el descuento aquí autorizado, ésta deberá ser realizada directamente al banco donde se debite el cargo. La empresa no realizará reembolso alguno por este concepto, sólo cancelará los futuros descuentos una vez que le sea notificada la objeción por el pago.
- h) Se tienen 48 horas antes de la fecha de domiciliación para recibir cualquier modificación relacionada a ésta, siempre y cuando la cuenta bancaria se encuentre dada de alta. Como recomendación, en caso de que el descuento periódico no haya sido todavía realizado usted podrá efectuar un depósito adicional, o bien, solicitar una domiciliación extraordinaria vía telefónica.

DATOS DE LA CUENTA/TARJETA BANCARIA.

Tipo de domiciliación:

Domiciliación tarjeta débito o crédito

Número de tarjeta:

Institución bancaria:

Domiciliación cuenta CLABE

Número cuenta CLABE:

Institución bancaria:

Información para depósito de rescate:

Uso exclusivo del Financial Planner/Agente de Seguro/Consejero Financiero

Se verificó que el/los datos(s) bancario(s) esta(n) a nombre del Contratante/Asegurado y se encuentra(n) vigente(s).
Nombre:

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/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 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/bienestar-financiero/Documents/Glosario-de-Abreviaturas-Skandia-Life.pdf**

**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.

Firma del contratante /Asegurado/Titular de la cuenta

Lugar de la firma

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) 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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de octubre de 2024, con el número CNSF-S0088-0134-2024/CONDUSEF-006324-04.



Oficinas Corporativas

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