

Día  Mes  Año

Nombre del Titular

Edad  Estatura  Peso

(Seleccione sólo una opción e indique con una **X** su respuesta)

- A. ¿Padece actualmente alguna incapacidad o síntomas de alguna enfermedad? ¿Cuál? \*  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- B. ¿En los últimos cinco años ha padecido alguna enfermedad o lesión que requiera hospitalización? ¿Cuál? \*  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- C. ¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad como cáncer, diabetes, padecimientos renales, cerebrales, cardiovasculares, etcétera, cuyas consecuencias permanezcan en la actualidad? \*  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- D. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico, psiquiátrico, psicológico o de cualquier otro tipo? \*  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- E. ¿En alguna propuesta de seguro de vida ha sido declinado, diferido o aceptado en condiciones especiales? \*  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- F. ¿Consumo bebidas alcohólicas?, y su frecuencia.  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- G. ¿Ha sido informado que es portador del VIH? \*  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- H. ¿Ha sido informado que padece de síntomas relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)? \*  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- I. ¿Ha recibido tratamiento en relación con cualquiera de los padecimientos mencionados anteriormente? \*  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- J. ¿Realiza vuelos en aeronaves no comerciales?, y su frecuencia  Tipo de Aeronave  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- K. ¿Practica alguno de los siguientes deportes? Motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, alpinismo, equitación, tauromaquia u otros de alto riesgo. Indique si la práctica es amateur o profesional, y su frecuencia.  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- L. ¿Fuma usted actualmente? Indique el número de cigarros o puros al día.  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- M. ¿Ha variado su peso más de 5 kilos en el último año? ¿Cuánto y por qué?  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- N. ¿Presta sus servicios en cualquier organismo policiaco, militar, de seguridad pública o privada, o utiliza armas para el desempeño de su trabajo?  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- O. ¿Realiza alguna actividad (profesional o amateur) que tenga algún riesgo inherente (ejemplos chofer, electricista, bombero, piloto u operador de maquinaria pesada)?  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- P. ¿Consumo o ha consumido drogas enervantes?, ¿Qué tipo de drogas y su frecuencia?  Si ( ☐ ) No ( ☐ )
- Q. ¿Algún otro riesgo no considerado que desee declarar? ¿Cuál?  Si ( ☐ ) No ( ☐ )

Lo anterior para los efectos legales a que haya lugar.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier duda o comentario al respecto.

\* En caso de que la respuesta sea afirmativa en algún padecimiento o enfermedad, favor de proporcionar la siguiente información:

Padecimiento

Fecha de inicio

Tratamiento

Estado actual del cliente

**Firma del Titular**

## Oficinas Corporativas Skandia

Ferrocarril de Cuernavaca No. 689, Planta Baja, Col. Ampliación Granada, C.P. 11529, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México.

Teléfonos: (55) 5093 0220 - 800 0217 569

Correo Electrónico: [instruccionescliente@skandia.com.mx](mailto:instruccionescliente@skandia.com.mx)

[www.skandia.com.mx](http://www.skandia.com.mx)

lunes a viernes de 08:00 a 18:00 hrs

En cumplimiento con lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la "Ley"), su Reglamento y Lineamientos, Skandia Life, S.A. de C.V., (en lo sucesivo "Skandia") con domicilio en Calle Ferrocarril de Cuernavaca número 689, Planta Baja, Colonia Ampliación Granada, Código Postal 11529, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, pone a su disposición su Servicio de Atención al Titular con número telefónico 55 50 93 02 20 o desde el interior de la República Mexicana al teléfono 800 0217 569, manifestando que, es el Responsable del uso y protección de sus Datos Personales. Del mismo modo, en este acto el beneficiario acepta y reconoce haber leído y conocido el Aviso de Privacidad de Skandia a través de la página de internet <https://www.skandia.com.mx/aviso-de-privacidad/Paginas/default.aspx>, y en tal sentido, otorga su consentimiento expreso para el tratamiento de sus Datos Personales.