



Nombre del Titular:

No. de póliza/contrato:

Por medio de la presente solicito **modificar** el/los **beneficiarios** de mi contrato/póliza celebrada con la institución arriba mencionada, y deberán quedar de la siguiente manera:

Beneficiario	Porcentaje	Parentesco	Fecha de nacimiento

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.

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.