



DÍA MES AÑO

Datos del Contratante/Asegurado

Nombre del Contratante/Asegurado: No. de Contrato/Póliza:

Tipo de Plan:

Por medio del presente solicito a Skandia Life S.A. de C.V. se rehabilite el Contrato/Póliza señalado en el presente documento. Por lo anterior declaro que mi salud, ocupación y/o actividades:

- ☐ No han tenido alguna modificado desde el momento en que adquirí este Contrato/Póliza con ustedes
- ☐ Si ha sufrido cambios, por tal motivo anexo al presente, el cuestionario médico con mis datos para su valoración

¿Deseo mantener mi portafolio con el que contaba antes de la cancelación? ☐ SI ☐ NO

En caso de que mi respuesta sea negativa anexare el cuestionario de cambio de perfil.

¿Deseo reactivar mi domiciliación? ☐ SI ☐ NO

Es de mi conocimiento que al reactivar mi domiciliación se realizará con la información bancaria que tenía registrada antes de la cancelación, si deseo modificar esta, anexaré el formato de cambio de domiciliación, así como, el estado de cuenta e identificación oficial y vigente.

Respecto a los cargos aplicados en el proceso de cancelación entiendo que me serán abonados a mi contrato/póliza una vez reactivado este de acuerdo a la política establecida por Skandia Life, S.A de C.V.

Declaro que las respuestas han sido estrictamente apegadas a la verdad y quedo entendido que el trámite de Rehabilitación quedará condicionado al pago de las aportaciones vencidas de mi Programa Aportaciones, a Skandia Life S.A. de C.V., de acuerdo a la cláusula de rehabilitación de las condiciones generales de la póliza.

Sin más por el momento y en espera de una respuesta por parte de ustedes, quedo a sus órdenes para cualquier aclaración adicional.

Firma del Contratante/Asegurado

Documentación que se adjunta:

- Cuestionario médico.
- Cuestionario COVID
- Copia de Estado de cuenta.
- Copia de la identificación oficial y vigente.
- Cuestionario de cambio de perfil (en caso de que aplique).
- Cambio de domiciliación (en caso de que aplique).

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

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, S.A. de C.V., (en lo sucesivo "Skandia") con domicilio para oír y recibir todo tipo de notificaciones, el ubicado 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, y al respecto le informa lo siguiente: Los Datos Personales que Skandia recabará de usted, serán utilizados para los fines detallados en la página www.skandia.com.mx, los cuales en todo momento se buscará junto con las medidas de seguridad establecidas por Skandia, que el Tratamiento de sus Datos Personales sea legítimo, controlado e informado, a efecto de asegurar su privacidad, confidencialidad, integridad y derecho a la autodeterminación informativa.