

Lugar y fecha

BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer

A quien corresponda:

Por este medio solicito que en mi(s) póliza(s) número(s)

se efectúe el cambio de domicilio de entrega a partir de esta fecha, y que se encuentra a continuación.

Domicilio	Número exterior e interior
Colonia	Ciudad
Estado	C.P.
Entre qué calles	Horario de entrega
Observaciones generales	Teléfono
Correo electrónico	Teléfono celular

Atentamente:

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado  
(En caso de que sea distinto del Contratante)

### Aviso de privacidad

BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, Av. Paseo de la Reforma No. 510, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba sus datos para verificar su identidad. El Aviso de Privacidad Integral actualizado está en cualquiera de nuestras oficinas y en [www.bbvasegurossalud.com.mx](http://www.bbvasegurossalud.com.mx)