

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 Fiscal a partir de esta fecha, y que se encuentra a continuación.

Domicilio	Número exterior e interior
Colonia	Ciudad
Estado	C.P.
Correo electrónico	Teléfono celular

Se proporciona de forma anexa copia del comprobante del SAT.

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