

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

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

A quien corresponda:

Por este medio solicito que mi(s) póliza(s) número(s) \_\_\_\_\_

sea(n) cobrada(s) por medio de la siguiente opción de pago.

Banco	
Tarjeta de crédito n.º	Cuenta de cheques n.º

Favor de incluir el número completo de la tarjeta de crédito.

Favor de escribir el número de la CLABE completo con 18 dígitos. En caso de ser una cuenta de BBVA Bancomer, favor de anotar los 10 dígitos.

Asimismo, estoy anexando un estado de cuenta de la presente opción de pago.

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, Colonia 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.bbvassegurosasalud.com.mx](http://www.bbvassegurosasalud.com.mx)

### Consentimiento

Otorgo mi consentimiento a BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, para que se traten mis datos personales, sensibles y financieros de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral.

\_\_\_\_\_  
(Nombre y firma del Titular)