



Seguros Salud

SOLICITUD CANCELACIÓN DE PÓLIZA

Lugar de solicitud \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud 

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

En mi carácter de Contratante del Seguro, cuyos datos de identificación se incluyen a continuación, solicito a BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, la cancelación de dicho contrato, amparado mediante la Póliza con los siguientes datos:

Número de Póliza \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ Número de Folio de Atención<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Si su Póliza es familiar y solo desea excluir un integrante, anote el nombre.

A continuación, proporciono y confirmo los datos necesarios para que se me informe el resultado de mi solicitud de cancelación:

Datos del Contratante o del Asegurado:  Contratante  Asegurado

Nombre completo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Compañía celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico (e-mail) \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina \_\_\_\_\_

Tipo de identificación oficial \_\_\_\_\_ Número de la identificación \_\_\_\_\_  
(Credencial de elector, pasaporte, cédula profesional, cartilla)

Motivo de cancelación: \_\_\_\_\_

Si aplica la devolución de primas y requiere el reembolso a una cuenta diferente a la cuenta actual de cargo, indique el nuevo número de la cuenta. Por favor, envíe copia del último estado de cuenta para validar el nombre del Titular y el número de cuenta:

Número de la cuenta \_\_\_\_\_

Por favor, marque con "X" el tipo de cuenta

Tarjeta de crédito  Cuenta de cheques/ahorro

Nombre completo del Titular de la cuenta

Firma del Titular de la cuenta

Nombre completo del Solicitante (Contratante o Asegurado)

Firma del Solicitante (Contratante o Asegurado)

Nota: la cancelación del Contrato de Seguro está sujeta a la recepción y revisión de esta Solicitud de Cancelación, de la identificación oficial legible del Titular del contrato y de cualquier otro documento que se le indique al momento de llamar a Servicio a Clientes de BBVA Seguros Salud. Por favor, envíe sus documentos a través de correo electrónico a la dirección [atencionbbvaseguros@bbva.com](mailto:atencionbbvaseguros@bbva.com)

<sup>1</sup> El Folio de Atención se proporciona vía telefónica al solicitar la cancelación y tiene vigencia de 72 horas; por favor, envíe sus documentos antes de que transcurra este lapso de tiempo.

Para resolver cualquier duda relacionada con una cancelación de póliza, por favor llame a Servicio a Clientes de BBVA Seguros Salud al (55) 1102 0038, de lunes a viernes de las 8:30 a las 16:00 horas.

BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, Av. Paseo de la Reforma No. 510, Col. Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba sus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar su identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros. Podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras oficinas y en [www.bbva.mx](http://www.bbva.mx)

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.