



Seguros Salud

SOLICITUD CANCELACIÓN DE PÓLIZA

BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, Av. Paseo de la Reforma 510, Col. Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba tus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar tu identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicitas o contratas con nosotros. Podrás consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras sucursales y en www.bbva.mx

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 Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, la cancelación de dicho contrato, amparado mediante la Póliza con los siguientes datos:

Número de Póliza _____ Nombre del Seguro _____ Número de Folio de Atención¹ _____
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 _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de oficina _____

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

Motivo de cancelación: _____

En caso de aplicar la devolución de primas y requiere el reembolso a una cuenta diferente a la cuenta actual de cargo, indique el número de la cuenta. Por favor, envíe copia del último estado de cuenta para validar el nombre del Titular y el No. de cuenta de la institución bancaria:

N.º de la cuenta _____ Por favor, marque con "X" el tipo de cuenta
 Tarjeta de crédito Cuenta de cheques/ahorro

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 bbvaseguros.documentos@bbva.com

¹ 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 desde cualquier parte de la República mexicana al (55) 1102 0038, de lunes a viernes de las 8:30 a las 19:00 horas.

Otorgo mi consentimiento a BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, para que se traten mis datos financieros, conforme al Aviso de Privacidad.

Firma para autorizar el consentimiento

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)