



Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

BMI

Asunto: Cancelación de contrato / póliza

A quien corresponda:

Yo, \_\_\_\_\_, con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ por medio de la presente solicito la cancelación unilateral del contrato/póliza \_\_\_\_\_, que a la fecha mantengo en BMI.

El motivo de cancelación es: (Por favor detalle su motivo de cancelación)

---

---

---

Incluyo mis datos de contacto para cualquier comunicación relacionada con la cancelación o alternativas que se puedan generar por el mismo hecho.

(Por favor incluir al menos 1 número de contacto)

Teléfono 1: \_\_\_\_\_

Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Atentamente

Firma

Nombre: \_\_\_\_\_