



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: _____

BMI Ecuador

Quito: Calle Suecia Y Av. De Los Shyris, Edificio Plaza Renazzo Piso 12

Guayaquil: Parque Empresarial Colón Av. Jaime Roldós Aguilera, Ed. Pacífica Center, Piso 4

Cuenca: Autopista Cuenca-Azoguez, Edif. Cardeca Business Center, Planta Baja

Tel. (02) 400-0081 / 1800 264-264

premiersupportec@bmicos.com • www.bmicos.com



Conecta con BMI

