

PARA:
FAX:
DE:
FECHA:
ASUNTO: SOLICITUD DE CAMBIO DE PÓLIZA

Estimados Señores,

Ruego procedan a tramitar la baja en mi Póliza Directa, por pasar a formar parte del colectivo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TOMADOR

.....

Nº DE POLIZA

DNI

NOMBRE Y APELLIDOS DE LOS BENEFICIARIOS (Rellenar en caso de querer tramitar la baja también para los beneficiarios)

.....

Nº POLIZA

.....

Nº POLIZA

.....

Nº POLIZA

tu salud
es lo primero



Fdo:
Tomador del Seguro