

SOLICITUD DE BAJA DE POLIZA

Para realizar la baja de la póliza deberá bajar este formulario y enviarlo debidamente completado y firmado a bajas@seguro.com.ar o por fax al 0810-555-5005

Atención:

- Le recordamos que enviando este formulario quedará automáticamente sin cobertura a partir de la fecha expresada y este será el comprobante de su gestión.
- Si su forma de pago es con débito por tarjeta de crédito o bancario (CBU), se cancelará en el mismo momento que se anula la póliza.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y apellido

Domicilio

Email

Teléfono

DNI

Patente

Numero de Póliza

Riesgo asegurado **i.** Marque con una X el que corresponda (Hogar-auto-moto-otro)

Compañía de seguros

Motivo de la baja

BAJA A PARTIR DEL -ponerlo en otro paso, ponerle **i.** (indíquenos a partir de qué fecha desea que se haga efectiva la cancelación de la póliza)

DIA - MES - AÑO
