

**FORMULARIO PARA CANCELACIÓN DE PÓLIZA
ACCIDENTES PERSONALES**

No. POLIZA	TOMADOR/ASEGURADO

DATOS PERSONALES TITULAR ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
	<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. No. _____ De _____

La presente comunicación es para solicitar el retiro de la póliza, de las siguientes personas de mi grupo familiar:

DATOS PERSONALES DE LOS ASEGURADOS A CANCELAR

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	

CAUSALES DE CANCELACIÓN

CAUSAL	MARQUE CON X	FECHA DE CANCELACIÓN
MAL SERVICIO		
POR NO UTILIZACIÓN DEL SERVICIO		
POR NO AUTORIZACIÓN DE COMPRA DEL SEGURO		
OTROS, CUÁL: _____		

FIRMA Y No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL TITULAR ASEGURADO	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> HUELLA	CIUDAD DE DILIGENCIAMIENTO	(DD/MM/AAAA) FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
--	---	---------------------------------------	---