

Todos los campos deberán ser completados sin enmiendas ni tachaduras.

Información de la Póliza

Nº de Póliza/Certificado: Producto:.....
DNI del Titular de la Póliza: Nombre del Titular de la Póliza:
Domicilio del Titular: Provincia:..... Código Postal:
Número de teléfono del Titular:
Mail:

Información del Tercero

Nombre y Apellido: DNI:
Relación parentesco con el Titular:

Detalle motivo de solicitud de anulación (marque con X)

- Motivos económicos
- Desconoce adhesión
- Desiste cobertura
- Condiciones de la cobertura
- Cobertura similar
- Otros:

IMPORTANTE: El presente formulario deberá ser acompañado por copia del DNI del titular, copia del DNI del tercero, copia de documentación que acredite el vínculo y detallar el motivo por el cual el titular no puede solicitar la baja/gestión. Si es por razones médicas, deberá acompañar certificado médico.

Lugar:

Fecha:

Firma y aclaración del denunciante

Envíanos esta documentación a Supervielle Seguros S.A.:
Por mail: clientes@supervielleseguros.com
Centro de Atención Telefónica: 0800 345 1599
de lunes a viernes de 9 a 21 hs.

