

En mi carácter de titular de la póliza N° _____ de la sección Servicios Médicos Individuales solicito se proceda a la anulación de dicha cobertura a partir del día ____ / ____ / ____ ; por motivos _____

Endoso de extensión del período de denuncias

- Solicito el endoso de extensión del período de denuncias comprometiéndome al pago del premio informado oportunamente según condiciones de póliza, en el término de treinta (30) días.-
- No hago uso del endoso de extensión del período de denuncias.

Advertencia al Asegurado

Bajo ningún concepto el Asegurador atenderá reclamos efectuados por los terceros luego del vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada, sea cual fuere la fecha de ocurrencia del hecho que motiva el reclamo, haya sido o no denunciado por el Asegurado si no se ha emitido el Endoso de Extensión de Denuncias.

Datos del Asegurado

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI/CUIT/CUIL: _____