

Solicitud de anulación de póliza

Fecha de la solicitud: ____ / ____ / ____

Datos del asegurado

Nombre y apellidos (Asegurado): _____

C.I. Nº: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Tipo de Seguro (Vida/Accidentes Personales)**Número de Póliza / Certificado**

Solicito Anular la póliza/certificado indicada en la presente a partir de la fecha ____ / ____ / ____.

Motivo de Cancelación

☐ Reducción de gastos☐ Fallecimiento del titular☐ Cambio de Agente/
Ya tomo con otra compañía☐ Se mudó fuera del país☐ Disconforme con la Compañía**Otros motivos y/o Comentarios:** _____

Importante:

Declaro bajo fe de juramento que la decisión indicada en este formulario respecto a la póliza y/o certificado de cobertura ha sido tomada de manera libre, consciente y voluntaria, habiendo sido previamente informado de los efectos de la decisión adoptada, sirviendo el presente documento como prueba suficiente de mi consentimiento al respecto. De conformidad con todo lo expresado en el presente documento, solicito se realice la anulación de la póliza/certificado de cobertura en la fecha indicada más arriba.

Firma: _____**Aclaración:** _____

Uso Interno Seguros:

Fecha de recepción: ____ / ____ / ____

Sello verificación firma: _____

SEG-00004 V1 06/2022

#estamoscercatuyo

**Contacto Atención**
Seguros Tel.: (021) 617 1818

atencion@itauseguros.com.py

Avda Sta Teresa c/ Herminio Maldonado
Paseo La Galería - Torre 2 - Piso 1