

La Plata, _____ de _____ de _____.

Señor/a

JEFE DEL DEPARTAMENTO SEGUROS.

S/D.

La/El que suscribe _____ con DNI N°

_____ que presta servicios en

_____, se dirige al Sr./a. Jefe/a a

efectos de solicitar la RESCISIÓN en mis haberes de las primas correspondientes a:

(Marcar el/los seguro/s que desea rescindir).

Seguro de Vida Colectivo Titular (*)

Seguro de Vida Colectivo Mayores (*)

Seguro de Vida Colectivo Cónyuge/Conviviente (*)

Seguro de Vida Colectivo Familiar (*)

Seguro Colectivo de Accidentes Personales Titular (*)

Seguro Colectivo de Accidentes Personales Cónyuge/Conviviente (*)

Seguro Colectivo de Servicio de Sepelio Familiar (*)

() La solicitud de rescisión de este seguro implica la baja en todas sus secuencias.*

Sin otro particular, saludo a Ud. Atentamente.

Firma: _____

Certifico que la firma que antecede pertenece a: _____

Sello y firma (**)

*(**) Autoridad del Establecimiento / Departamento de Seguros*