

Prendedor de la pòlissa

Cognoms: _____ Nom: _____

NIF / NIE: _____ Correu electrònic: _____

Telèfon: _____ Mòbil: _____

Núm. pòlissa:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Núm. certificat:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Canal sol·licitud: Presencial Correu postal Fax

Sol·licito baixa pòlissa total

Sol·licito baixa beneficiari/s

Cognoms i nom	NIF

Sol·licito baixa mòdul/s complementari/s

Cognoms i nom	NIF	Mòdul/s

Motiu de la baixa

Descripció motiu baixa:

Signatura del prenedor..... Data.....

DADES A FORMALITZAR PER PART DE LA COMPANYIA

Formalitzat per Delegació receptora

--	--	--	--

Retenció feta Sí / No procedeix, perquè.....

Codi baixa

--	--	--

 Data efecte ___ / ___ / ___ Obs.

Anul·lació membre col·lectiu	51	Falta de recursos. Sense Pressupost	P1	Servei mèdic deficient	33	Acceptació amb deute	4
Anul·lació Condició Membre Col·lectiu	M1	Incrementos Sucesius de Prima	P2	Problemes amb el 902	13	Acceptació de la baixa	27
Canvi de residència	6	Oferta mes barata	P3	Retard en la documentació	9	Anul·lació sense efecte	45
Defunció	70	Denegació de prestació	30	Traspàs a una altra pòlissa	61	Baixa prescrita per mediador	43
Jubilació o invalidesa	92	No ús del servei	11	Traspàs a col·lectiu	62	Fi de contracte	7
Modificació situació familiar	10	Quadre mèdic insuficient	12	Traspàs a col·lectiu o GRD	5	Altres motius Client	99
Trasllat	80	Mal servei Agent	S1	Traspàs a una altra província	85	Altres motius Client	C2
Cessament de risc	C1	Servei deficient companyia	S1	Fi de tractament dental	8	Impagament	C3

Còpia per a la companyia

Prendedor de la pòlissa

Cognoms: _____ Nom: _____
 NIF / NIE: _____ Correu electrònic: _____
 Telèfon: _____ Mòbil: _____
 Núm. pòlissa:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Núm. certificat:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Canal sol·licitud: Presencial Correu postal Fax
 Sol·licito baixa pòlissa total
 Sol·licito baixa beneficiari/s

Cognoms i nom	NIF

Sol·licito baixa mòdul/s complementari/s

Cognoms i nom	NIF	Mòdul/s

Motiu de la baixa

Descripció motiu baixa:

Signatura del prendedor..... Data.....

DADES A FORMALITZAR PER PART DE LA COMPANYIA

Formalitzat per Delegació receptora

--	--	--	--

 Retenció feta Sí / No procedeix, perquè.....
 Codi baixa

--	--	--

 Data efecte ___ / ___ / ___ Obs.

Anul·lació membre col·lectiu	51	Falta de recursos. Sense Pressupost	P1	Servei mèdic deficient	33	Acceptació amb deute	4
Anul·lació Condició Membre Col·lectiu	M1	Incrementos Sucesius de Prima	P2	Problemes amb el 902	13	Acceptació de la baixa	27
Canvi de residència	6	Oferta mes barata	P3	Retard en la documentació	9	Anul·lació sense efecte	45
Defunció	70	Denegació de prestació	30	Traspàs a una altra pòlissa	61	Baixa prescrita per mediador	43
Jubilació o invalidesa	92	No ús del servei	11	Traspàs a col·lectiu	62	Fi de contracte	7
Modificació situació familiar	10	Quadre mèdic insuficient	12	Traspàs a col·lectiu o GRD	5	Altres motius Client	99
Trasllat	80	Mal servei Agent	S1	Traspàs a una altra província	85	Altres motius Client	C2
Cessament de risc	C1	Servei deficient companyia	31	Fi de tractament dental	8	Impagament	C3

Còpia per a l'agent

