

Tomador de Póliza

Apellidos: _____ Nombre: _____
 NIF / NIE: _____ Correo electrónico: _____
 Teléfono: _____ Móvil: _____
 N° Póliza:

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

 N°Certificado:

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

 Canal Solicitud: Presencial Correo Postal Fax

- Solicito baja Póliza Total
 Solicito baja Beneficiario/s

Apellidos y Nombre	

- Solicito baja Módulo/s Complementario/s

Apellidos y Nombre	NIF	Módulo/s

Motivo de Baja

Descripción motivo baja:

Firma del Tomador Fecha

DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA COMPAÑÍA

Cumplimentado por **Delegación Receptora**

--	--	--

Retención Realizada Sí / No procede, porque

Cód. Baja

--	--	--

Fecha Efecto ____ / ____ / ____ **Obs.**

Mod. Condic. - Anul. Miembro Colectivo	51	Precio - Falta de recursos, Sin presupuesto	P1	Servicio - Mal servicio Médico	33	Compañía - Aceptación con deuda	4
Mod. Condic. - Anul. Condi. Miembro Colect.	M1	Precio - Incrementos sucesivos de prima	P2	Servicio - Problemas con el 902	13	Compañía - Aceptación Baja	27
Mod. Condic. - Cambio De Residencia	6	Precio - Oferta más barata	P3	Servicio - Retraso en la comunicación	9	Compañía - Error de constitución	45
Modif. Condic. - Fallecimiento del Tomador	70	Producto - Coberturas insuficientes	30	Traspaso - Cambio de modalidad	61	Compañía - Baja Prescrit. Mediador	43
Modif. Condic. - Jubilacion o invalidez	92	Producto - No uso	11	Traspaso - Colectivo	62	Compañía - Otros motivos	C2
Modif. Condic. - Modif. Situacion Familiar	10	Servicio - Cuadro Médico Insuficiente	12	Traspaso - Colectivo GRD	5	Compañía - Impago	C3
Modif. Condic. - Traslado	80	Servicio - Mal servicio Agente	S1	Traspaso - Otra provincia	85	Modif. Condic. - Fin contrato	7
Cese de riesgo - Cese de actividad	C1	Servicio - Mal servicio Compañía	31	Uso - Fin de Tratamiento dental	8	Otros Motivos Cliente	99

COPIA PARA LA COMPAÑÍA

Tomador de Póliza

Apellidos: _____ Nombre: _____

NIF / NIE: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

Nº Póliza:

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

 NºCertificado:

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

Canal Solicitud: Presencial Correo Postal Fax

Solicito baja Póliza Total

Solicito baja Beneficiario/s

Apellidos y Nombre	

Solicito baja Módulo/s Complementario/s

Apellidos y Nombre	NIF	Módulo/s

Motivo de Baja

Descripción motivo baja:

Firma del Tomador Fecha.....

DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA COMPAÑÍA

Cumplimentado por Delegación Receptora

--	--	--

Retención Realizada Sí / No procede, porque

Cód. Baja

--	--	--

 Fecha Efecto ___ / ___ / ___ Obs.

Mod. Condic. - Anul. Miembro Colectivo	51	Precio - Falta de recursos, Sin presupuesto	P1	Servicio - Mal servicio Médico	33	Compañía - Aceptación con deuda	4
Mod. Condic. - Anul. Condi. Miembro Colect.	M1	Precio - Incrementos sucesivos de prima	P2	Servicio - Problemas con el 902	13	Compañía - Aceptación Baja	27
Mod. Condic. - Cambio De Residencia	6	Precio - Oferta más barata	P3	Servicio - Retraso en la comunicación	9	Compañía - Error de constitución	45
Modif. Condic. - Fallecimiento del Tomador	70	Producto - Coberturas insuficientes	30	Traspaso - Cambio de modalidad	61	Compañía - Baja Prescrit. Mediator	43
Modif. Condic. - Jubilacion o invalidez	92	Producto - No uso	11	Traspaso - Colectivo	62	Compañía - Otros motivos	C2
Modif. Condic. - Modif. Situacion Familiar	10	Servicio - Cuadro Médico Insuficiente	12	Traspaso - Colectivo GRD	5	Compañía - Impago	C3
Modif. Condic. - Traslado	80	Servicio - Mal servicio Agente	S1	Traspaso - Otra provincia	85	Modif. Condic. - Fin contrato	7
Cese de riesgo - Cese de actividad	C1	Servicio - Mal servicio Compañía	31	Uso - Fin de Tratamiento dental	8	Otros Motivos Cliente	99

