

Fecha Solicitud: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE POLIZA - CRECER SEGUROS**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con documento de identidad n° \_\_\_\_\_ en mi calidad de asegurado titular, solicito la cancelación de la póliza de seguro n° \_\_\_\_\_ del producto \_\_\_\_\_ y con fecha de inicio de vigencia \_\_\_\_\_. La cancelación de la póliza será efectiva a partir del cierre del presente mes. Adicionalmente, solicito la devolución de la prima según corresponda.

Agradeceré abonar el importe de devolución a la cuenta N°/CCI \_\_\_\_\_ de la Entidad Financiera \_\_\_\_\_.

Declaro que tomo en conocimiento que desde la anulación de la póliza pierdo el derecho de cobertura en caso de siniestro y asumo la responsabilidad por la cancelación.

\_\_\_\_\_  
Firma asegurado

Nombre:

DNI:

Dirección:

Teléfono:

\* Si el abono de la devolución lo desea en una Entidad distinta al Banco Financiero del Perú, especificar la Cuenta Interbancaria.