

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RESOLUCIÓN Y/O DEVOLUCIÓN DE PRIMAS DEL SEGURO ONCOLÓGICO Y ENFERMEDADES GRAVES - CÓDIGO 103444

Yo _____, Identificado con DNI N° _____,
con teléfono/celular _____, solicito:

1. ¿Qué gestión está solicitando? (marcar solo un casillero con un aspa):

- Resolución del contrato de seguro.
- Devolución de primas.
- Devolución de primas y Resolución del contrato de seguro.

2. En caso de solicitar la resolución del contrato de seguro contratado a través del Banco de la Nación, defina motivo (marcar solo un casillero con un aspa):

- Cobros no reconocidos.
- No he solicitado el seguro (contratación del seguro sin consentimiento).
- Ya no deseo el seguro.
- Anulé mi tarjeta
- Otros:

1/1

AUTORIZACIÓN DE PAGO VÍA TRANSFERENCIA BANCARIA O INTERBANCARIA:

Para el caso de devolución de primas:

De corresponder la devolución de primas, autorizo a través de la presente que el reembolso de primas a cargo de La Positiva Seguros y Reaseguros sea efectuado mediante transferencia bancaria o interbancaria a mi cuenta de ahorros que poseo en el Banco de la Nación, cuyo número de cuenta y Código de Cuenta Interbancaria (CCI) se encuentra afiliada al presente seguro, debiendo ser informado todo ello a La Positiva Seguros y Reaseguros.

En virtud de lo señalado en el párrafo precedente, de ser aprobada la presente solicitud, autorizo expresamente al Banco de la Nación, para que, en su calidad de Contratante del seguro de referencia, informe a La Positiva Seguros y Reaseguros el número de mi cuenta y CCI para los fines antes mencionados.

Marcar con un aspa de querer brindar su autorización a lo indicado precedentemente:

- Autorizo
- No autorizo

De haber marcado "no autorizo", el pago de la devolución de primas se generará a través de un cheque, el cual será entregado a Usted en las Oficinas de La Positiva Seguros y Reaseguros.

Firma del cliente

Fecha ____/____/____