

[Nombre del tomador]
[Dirección] [Código Postal, Ciudad] [Provincia]

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros
Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046, Madrid

[Fecha]

Asunto: Solicitud de baja de seguro médico – Póliza nº [Número de póliza]

Muy Sres. Míos,

Por medio de la presente carta, y en mi condición de tomador del seguro médico con número de póliza **[Número de póliza]**, solicito la baja de dicho seguro al cumplirse su vigencia anual, en conformidad con las condiciones del contrato, cumpliendo el preaviso de un mes de antelación respecto a la fecha de renovación de la póliza.

Los datos del seguro médico son los siguientes:

- Tomador: [Nombre y apellidos]
- Número de póliza: [Número de póliza]
- Fecha de efecto de la baja: [Fecha de vencimiento del contrato]

Entiendo que esta solicitud de baja se ajusta a los plazos y condiciones del contrato de seguro de salud, y que debe ser presentada antes del vencimiento de la póliza, de conformidad con el artículo 22 de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro.

Igualmente, solicito la cancelación de la domiciliación bancaria vinculada a esta póliza, cesando cualquier cargo en mi cuenta, y que eliminen mis datos personales de sus registros, conforme a la normativa de protección de datos.

Agradezco que me confirmen la recepción de esta solicitud y la baja efectiva de la póliza.

Atentamente,
[Firma del titular]
[Nombre del tomador]

Mas formularios gratis en Supertramites.info