Carga

**SOLICITUD DE EXCLUSIÓN A SEGURO CATASTRÓFICO**

**Por el presente documento Yo, ……………………………………………………**

**…………………………………….C.Identidad Nº ………………………………….**

**solicito la exclusión del Seguro Póliza 116.900-2**

**de mi Hijo(a) / Cónyuge …………………………………………………………...**

**A contar de 01 de Junio 2020.**

 **……………………………………………………..**

 **Firma**