CARGA

**SOLICITUD DE EXCLUSIÓN A SEGURO HOSPITALARIO**

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

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

**Solicito la exclusión del Seguro Póliza 153.438-7**

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

**A contar de 01 de Junio 2020**

 **……………………………………………………..**

 **Firma**