**Titular**

**SOLICITUD DE EXCLUSIÓN A SEGURO HOSPITALARIO**

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

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

**Solicito mi exclusión del Seguro Póliza Nº153.438-7**

**A contar de 01 Junio 2020**

 **……………………………………………………..**

 **Firma**