

MODELO DE CARTA PARA CANCELAR UN SEGURO MÉDICO

A la atención de : _____

Datos del Titular :

Nombre y Apellidos : _____

DNI/NIE : _____

Dirección : _____

Teléfono : _____

Datos de la Póliza :

Número de Póliza : _____

Compañía Aseguradora : _____

Tipo de Seguro : _____

Por la presente, y en virtud de la legislación vigente aplicable, solicito formalmente la cancelación de mi seguro médico referenciado con el número de póliza indicado anteriormente, con efectos a partir de la recepción de esta carta por parte de su entidad. Ruego confirmen por escrito la fecha efectiva de la cancelación, así como la inexistencia de cualquier obligación económica pendiente a mi cargo derivada de dicho contrato.

Asimismo, declaro conocer que, conforme al artículo 28 de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro, la cancelación no exime de las obligaciones pendientes hasta la fecha de extinción, ni afectará a los siniestros ocurridos con anterioridad a la misma. Solicito que dejen de proceder al cobro de recibos futuros una vez efectuada la baja.

Agradezco la atención prestada y quedo a la espera de su confirmación. Aprovecho la ocasión para enviarles un cordial saludo.

Atentamente,

Firma del Titular

DNI/NIE: _____

Fuente original de este documento:

<https://lex-financiero.com/modelo-de-carta-para-cancelar-un-seguro-medico/>

¿Le resultó útil esta plantilla?

Encuentre más plantillas actualizadas en:

<https://lex-financiero.com/>

Mas plantillas

Esta plantilla está destinada exclusivamente para uso personal y no comercial.

En caso de distribución o publicación, es obligatorio mencionar la fuente.

Esta plantilla se proporciona únicamente como orientación y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar con un profesional del derecho en cada caso particular.