

SOLICITUD DE BAJA

Mediante el presente documento solicito expresamente la baja de mi póliza de salud que actualmente tengo contratada con Adeslas en la póliza nº 666005001

A continuación indico mis datos y los de mis beneficiarios:

NOMBRE Y APELLIDOS:

D.N.I.:

Nº DE TARJETA:

FECHA DE BAJA:

EXTRA:

CÓNYUGE:

D.N.I.:

Nº DE TARJETA:

FECHA DE BAJA:

EXTRA / COMPLETA:

HIJO:

D.N.I.:

Nº DE TARJETA:

FECHA DE BAJA:

EXTRA / COMPLETA:

HIJO:

D.N.I.:

Nº DE TARJETA:

FECHA DE BAJA:

EXTRA / COMPLETA:

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente documento: