



Fecha Solicitud: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE PÓLIZA - CRECER SEGUROS

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con documento de identidad n° \_\_\_\_\_ en mi calidad de asegurado titular, solicito la resolución de la póliza de seguro n° \_\_\_\_\_ del producto \_\_\_\_\_, con fecha de inicio de vigencia \_\_\_\_\_. Asimismo, solicito la devolución de prima, en caso corresponda.

Declaro que tomo conocimiento que, desde la fecha de presentación a Crecer Seguros de mi solicitud de resolución de mi póliza, certificado o solicitud-certificado, según aplique, corresponde:

- Crecer Seguros ya no será responsable de brindarme las coberturas (principales y adicionales, en caso se hayan contratado), así como, los beneficios que correspondan al seguro resuelto.
- Resuelto este seguro ya no corresponde el pago de primas no devengadas (dependiendo de la naturaleza del seguro resuelto).
- En caso, mantenga alguna obligación de pago pendiente, Crecer Seguros le informará la suma adeudada a fin de que cumpla con dicho pago

---

Firma asegurado

Nombre:

DNI:

Dirección:

Teléfono: