

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRES Y APELLIDOS		
DNI CE	TELÉFONO	N° DE PÓLIZA
TIPO DE DOCUMENTO N°		

1. PRODUCTO

- Seguro PROTECCIÓN TARJETA - CÓDIGO 5701922
- Seguro ONCOLÓGICO Y ENF. GRAV. INDEM – CÓDIGO 5704824

2. MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN DE PRIMAS (marcar solo un casillero con un aspa):

- Cobros no reconocidos.
- No he solicitado el seguro.
- Ya no deseo el seguro.
- Anulé mi tarjeta
- Otros:

3. ¿CÓMO SE ATENDERÁ LA DEVOLUCIÓN DE PRIMAS?

En forma presencial: Acercarse a cualquier agencia del Banco de la Nación solicitando la anulación del seguro y el presente formulario de devolución de primas, el funcionario asignado le entregará este formulario que deberá firmar. La devolución de la prima se realizará en un plazo máximo de 30 días después de haberlo solicitado.

(*) De requerir la devolución correspondiente a los dos seguros, sírvase a solicitar otro formulario con el funcionario encargado de la agencia.

4. AUTORIZACIÓN DE PAGO VÍA TRANSFERENCIA BANCARIA O INTERBANCARIA

De corresponder la devolución de primas, autorizo a través de la presente que el reembolso de primas a cargo de La Positiva Seguros y Reaseguros sea efectuado mediante transferencia bancaria o interbancaria a mi cuenta de ahorros, cuyo número de cuenta se encuentra afiliada al presente seguro.

Marcar con un aspa de querer brindar su autorización a lo indicado precedentemente:

- Autorizo
- No autorizo

De haber marcado "no autorizo", el pago de la devolución de primas se generará a través de un cheque, el cual será entregado a usted en las Oficinas de La Positiva Seguros y Reaseguros.

Firma del cliente

Fecha ___ / ___ / _____