



SOLICITUD DE CANCELACIÓN 2024

(Periodo de trámites del 1° al 10 de cada mes de febrero a septiembre)

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

SEGURO DE AUTOMÓVIL

Enviar la presente solicitud debidamente requisitada al correo electrónico rh.vehicularparticular@chapingo.mx o rh.gastosmedicosm@chapingo.mx según sea el caso.

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO:

No. DE EXPEDIENTE:

FECHA (____/____/____)

CORREO:

No. DE TEL:

1. SI DESEA CANCELAR EL **SEGURO DE AUTOMÓVIL**: INDICAR MARCA, MODELO, NÚMERO DE SERIE, MOTIVO DE CANCELACIÓN Y NÚMERO DE PÓLIZA.
2. SI DESEA CANCELAR EL **SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**: INDICAR NOMBRE COMPLETO Y PARENTESCO DE QUIÉNES SOLICITA LA BAJA.

Seguro de Automóvil

- Marca: _____ . Sub-Marca: _____
- Modelo: _____
- No. serie: _____
- No. póliza: _____
- Motivo de cancelación: _____

Seguro de Gastos Médicos Mayores

- Nombre completo: _____
- Parentesco: _____
- Motivo de cancelación: _____

Firma del solicitante

La cancelación será aplicada hasta 72 horas posteriores a la confirmación de la recepción (días y horas hábiles). El último descuento se verá reflejado a la catorcena siguiente de la fecha de aplicación de la cancelación.