

**DATOS DEL TOMADOR**

C.I./ Pasaporte/R.I.F.: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J	Apellidos y Nombres/Razón Social:
---	-----------------------------------

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

C.I./ Pasaporte/R.I.F.: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido de Casada:
Télf. Habitación: (            )	Télf. Trabajo: (            )	Télf. Celular: (            )
Correo Electrónico:		

**DECLARACIÓN DE ANULACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR/TOMADOR**

Yo, EL Asegurado Titular por medio de la presente declaro de manera expresa e irrevocable mi decisión de ANULAR la(s) Póliza(s) de Seguro, que con ustedes contrato y que obedecen a la siguiente descripción:

Producto	Número de Póliza
VIDA VITAL MERCANTIL	
PROTECCIÓN VITAL MERCANTIL	
TRANQUILIDAD VITAL MERCANTIL	
RENTA VITAL MERCANTIL	

**AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR/TOMADOR**

Queda entendido que la presente solicitud representa mi voluntad de suspender el contrato de seguros, que deberá quedar sin efectos según las condiciones que el producto enmarca.

Habiendo declarado mi voluntad, queda la solicitud para su debido proceso.

**La firma de la solicitud implica el conocimiento y la aceptación de la totalidad de su contenido.**

Firma del Asegurado Titular	Huella Digital del Asegurado Titular	Ciudad/Fecha	Sucursal/Oficina	Firma y Código del Intermediario