



FORMULARIO DE RENUNCIA AL SEGURO DE ESCOLARIDAD

COLEGIO	
COMPAÑÍA DE SEGUROS	
Nº POLIZA	
NOMBRE DEL SOSTENEDOR	
RUT	
E.MAIL	
FECHA DE LA EXCLUSION	/ /

ALUMNOS A EXCLUIR:

RUT	NOMBRE COMPLETO
1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	

NOTA:

- ✓ EL LLENADO DE ESTA SOLICITUD IMPLICA LA ELIMINACION DEL TITULAR DEL SEGURO DE ESCOLARIDAD, PONIENDOSE FIN A SU COBERTURA,
- ✓ LA FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE HACE EFECTIVA ESTA EXCLUSION, ES LA INDICADA EN LA PRESENTE SOLICITUD.
- ✓ ESTE FORMULARIO SE DEBE LLENAR CON LETRA IMPRENTA Y SIN ENMENDADURAS.

FECHA

FIRMA DEL SOSTENEDOR

Importante:

En el caso que la exclusión solicitada en el presente formulario se debe a un **CAMBIO DE SOSTENEDOR**, la persona que ingresa en reemplazo, deberá llenar una **SOLICITUD DE INCORPORACION** al Seguro, que respalde dicho cambio. La solicitud será evaluada por la Compañía de Seguros previo a ser ingresado al Seguro.