

Tomador: _____

Póliza N°: _____ Certificado N°: _____ Producto: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y nombre s: _____

Tipo y número de documento: _____

Teléfonos: _____ E-Mail: _____

En caso de faltar datos no podrá procesarse el mismo y el pedido se considerará nulo a todos sus efectos.

Solicito a COLON COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. la anulación de mi certificado individual, según detallo el motivo a continuación:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Motivos Económicos | <input type="checkbox"/> Disconformidad con el Producto |
| <input type="checkbox"/> Desconocimiento de la Compra | <input type="checkbox"/> Costo del Seguro |
| <input type="checkbox"/> Disconformidad con la Compañía | |
| <input type="checkbox"/> Otros Motivos: _____ | |

Declaro y acepto expresamente que la presente solicitud, conjuntamente con los demás documentos suscritos por él en apoyo o respaldo de ésta, constituye la base para efectuar la correspondiente cancelación de la cobertura del certificado mencionado. Asimismo, declaro y acepto conocer que la anulación solicitada solo producirá efecto una vez que la Compañía haya recepcionado fehacientemente el presente formulario.

Lugar y Fecha: _____

Firma y aclaración del Asegurado: _____

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por Colón Compañía de Seguros S.A. (responsable de Bases de Datos).

Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: www.jus.gov.ar/dnppnew, link "Ejerza sus derechos".