COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
SALAMANCA

SOLICITUD DE BAJA EN PÓLIZA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL

D./Doña _____, con D.N.I. _____, titular de la póliza individual de Responsabilidad Civil con A.M.A., Nº _____

SOLICITO den de BAJA dicha póliza el día _____, con motivo de mi adhesión a la Póliza Colectiva de Responsabilidad Civil suscrita por el Colegio Oficial de Médicos de Salamanca.

En Salamanca, a _____

Firmado:

NOTA INFORMATIVA: La Póliza de Protección Jurídica queda como hasta ahora, en el caso de tenerla contratada.