

Baja Voluntaria SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

DATOS DEL COLEGIADO

Nombre y Apellidos: _____

NIF: _____

Email: _____

SOLICITO

Baja voluntaria en la póliza con número

Suscrita con la Compañía Aseguradora **CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER GRUPO HELVETIA)**

Motivo: _____

AVISO IMPORTANTE

El firmante de este documento declara **ser conocedor de las consecuencias de la baja voluntaria del seguro**, que implican que a partir de la fecha de su vencimiento **NO TENDRÁ CONDICION DE ASEGURADO EN LA PÓLIZA**, por lo que aquellas reclamaciones que fuesen formuladas contra el firmante de este documento derivadas de la actividad, previa o posterior a la baja, no quedan amparadas bajo la cobertura de la póliza suscrita por **Usted con la Compañía Aseguradora**.

Y para que así conste a los efectos oportunos, lo firmo en:

Firma Asegurado: