

**SOLICITUD DE BAJA EN LA POLIZA Nº 0971870011186 DEL ICAFV**

Nombre y Apellidos/Razón Social : \_\_\_\_\_

Nº Colegiado: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ Tel. fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Domicilio profesional: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**SOLICITA:**

Cursar mi **Baja** como asegurado en la póliza del Colegio Territorial del Colegio de Administradores de Valencia y Castellón con fecha de efecto \_\_\_\_\_.

Acogerme con fecha de efecto \_\_\_\_\_ al **Periodo de Comunicación Adicional** por el siguiente motivo:

**Jubilación** (Gratuito siempre y cuando se continúe colegiado).

**Fallecimiento/invalidez Absoluta y Permanente** (La prima será el 50% de la abonada por los colegiados activos).

**Cese de Actividad** (La prima será el 50% de la abonada por los colegiados activos).

**PERIODO DE COMUNICACIÓN ADICIONAL:** Se mantiene la condición de asegurado con las mismas garantías y límites asegurados, para cubrir, a partir de la fecha de esta modificación, cualquier posible reclamación que se reciba de un acto realizado cuando estaba en activo. Se hace constar que se EXCLUYRA de la cobertura cualquier reclamación recibida como consecuencia de un acto realizado a partir de la fecha de efecto de la contratación de esta modalidad.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_