





C.U.I.L./C.U.I.T./C.D.I. :

Domicilio real (calle, número, localidad, provincia y código postal):

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

Estado civil:

Actividad principal:

- Motivo por el que desea se depositen sus fondos en esa cuenta:

---

---

- Vínculo del Tomador / Asegurado con el titular de la cuenta:

---

---

En consecuencia, y de acuerdo con lo previsto en la Póliza de la referencia, una vez percibida la Indemnización, quedarán canceladas en su totalidad y a mi entera satisfacción las obligaciones de CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. derivadas de la referida cobertura.

Saludo cordialmente,

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

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI Nº \_\_\_\_\_

*(\*) Adjuntar comprobante del CBU.*