



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA CHAPINGO

DEPARTAMENTO DE DESARROLLO HUMANO

OFICINA DE SEGUROS

D  
D H

## SOLICITUD DE CANCELACIÓN

DEL SEGURO DE: GASTOS MÉDICOS  AUTOMÓVIL

### *Datos del asegurado*

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Nombre del titular del seguro: \_\_\_\_\_

Se cancela el seguro a partir de: \_\_\_\_\_

### *Descripción del movimiento que desea realizar:*

- **Automóvil**, debe indicar las características del mismo (Marca, modelo, número de serie, motivo)
- **Gastos Médicos**, si es solo baja de un asegurado nombre completo y parentesco.

\_\_\_\_\_  
*Firma del asegurado*