Señores

{entidad}

Presente

Atn Sra.: {receptor}

Ref.: Exclusión en Seguro de Vida Cancelación de Deudas

Nota. N°: /2023

Por la presente se informa la exclusión de el/los Prestatario/s indicado/s a continuación, de la póliza de Seguro de Vida Colectivo para Cancelación de Deudas, por no presentar Declaración de Salud.

La operación corresponde a la planilla de Préstamos de cancelación de deudas en moneda {moneda} de la casa Matriz mes de {mes}.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Cliente** | **N.º de documento** | **Fecha de Nacimiento** | **Capital Asegurado** | **Costo del Seguro** | **Fecha de Inicio** | **Fecha de Vto.** |
| {Value1} | {Value2} | {Value3} | {Value7} | {Value9} | {Value10} | {Value11} |

En tal sentido y hasta la regularización de la Declaración de Salud, el riesgo queda excluido de la póliza.

Sin otro particular nos despedimos de usted, atentamente.