

Fecha: \_\_\_\_\_

DATOS DEL TOMADOR

Nombre completo: \_\_\_\_\_

DNI / NIE: \_\_\_\_\_ Teléfono / Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DATOS DE LA POLIZA

Nº de póliza: \_\_\_\_\_ Tipo de seguro: \_\_\_\_\_

DESTINATARIO

**MAPFRE ESPAÑA, S.A. — Atención al cliente**

Apdo. de Correos 76, 28220 Majadahonda (Madrid)

*Alternativa digital: también puedes tramitarlo desde el área cliente en [cliente.mapfre.es](http://cliente.mapfre.es).*

ASUNTO

**Solicitud de no renovación / baja de póliza**

Por la presente, y de conformidad con el artículo 22 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, comunico mi voluntad de **no renovar la póliza** indicada arriba, con efectos a la fecha de finalización del actual periodo de cobertura. Solicito acuse de recibo y confirmación expresa de la cancelación, así como la no aplicación de cargos posteriores a la fecha de vencimiento.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos

**Recomendación:** envía esta carta por burofax con acuse de recibo o correo certificado, al menos 1 mes antes de la fecha de renovación.