SWISS MEDICAL SEGUROS

CERTIFICADO LIBRE DEUDA

Fecha: **10/07/2025**

Señor/es, **GALVAN EZEQUIEL ALEJANDRO**

De nuestra consideración:

Por medio de la presente dejamos constancia respecto de la póliza del ramo: **Accidentes Personales** número: **886437-0** a nombre del asegurado , vigencia desde: **20/04/2025** hasta: **20/10/2025** que no posee deuda al día de la fecha según el siguiente detalle:

Forma de pago: **Cobranza Convenio**

Se extiende el presente para ser presentado ante quien corresponda.

El presente certificado tiene una validez de 15 dias.

Gustavo Cajiau
Gerente de Operaciones

UDE0638 Versión 10/2024