

de del 2024

Señores,
CONFIAMED S.A
Presente. -
Ciudad

De mis consideraciones,

Me dirijo a ustedes con el propósito de comunicar mi decisión de dar por terminado el contrato de medicina prepagada que mantengo con su Compañía.

A continuación, detallo los datos relevantes para procesar la cancelación de manera efectiva:

- **No. Cédula titular:**
- **Nombres Completos titular:**

Cambio de Compañía	
Fallecimiento del titular	
Ingreso a un plan corporativo	
Razones económicas	
Mala gestión de venta	
Uso de hospital público	

Cambio de condiciones precio	
Cambio de condiciones redes	
Cambio de condiciones cobertura	
Inconformidad en servicio	
Residencia en el exterior	
Mal asesoramiento del bróker	
Migración a otro producto	

De acuerdo con el motivo arriba detallado, a continuación, amplio las razones que me llevaron a tomar esta decisión:

Adjunto a esta carta encontrarán la copia de mi identificación para facilitar el proceso.

Agradezco de antemano su pronta atención a esta solicitud y la confirmación por escrito de la cancelación del producto/plan.

Atentamente,

Firma del titular
Nombres y Apellidos completos del titular
C.C. / PASAPORTE

