

de del 2025

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:**

Reducción de ingresos personales o familiares	
Aumento de costos del plan contratado	
Dificultades para agendar citas médicas	
Problemas con la red de prestadores médicos	
Trámites lentos y engorrosos	
Rechazo, negativas, devoluciones de reembolsos	
Cambios en tu plan actual	
Desconocimiento de beneficios del plan contratado	

Cambio de residencia fuera del país	
Bajo uso del servicio contratado	
Fallecimiento del titular	
Afiliación a otro plan de medicina prepagada	
Acceso a un seguro privado a través del empleador	
Problemas de cobranzas	
Diagnóstico de enfermedad no cubierta	
Preexistencias no declaradas a la contratación	

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**



[www.confiamed.com](http://www.confiamed.com)

