

de del 2026

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**

