

***Copia el texto en un archivo de Word, personaliza los campos resaltados en rojo y envíanos la carta al correo electrónico t-yvargas@presente.com.co**

Ciudad, día de mes de 2020

Señores
PRESENTE Fondo de Empleados
Envigado

ASUNTO: Solicitud de cancelación **Medicina Prepagada Coomeva**

Opción 1: Cancelación de la Póliza:

Yo (Nombre completo asociado) con cédula número 000000000 solicito la cancelación de la póliza de medicina prepagada contratada con Coomeva a partir del día/mes/año.

Especifique que personas desea retirar si tiene varios asegurados:

Nombre y Cedula de los asegurados que desea retirar.

El motivo de mi cancelación es: (seleccione una opción)

- Necesito Liberar Capacidad
- No cuento con los recursos económicos
- No utilizo el servicio
- Tuve problemas de servicio. ¿cual?
- Otro: especifique cual

Atentamente,

Nombre: _____

Cédula: _____

Celular: _____

Email: _____