# \*Copia el texto en un archivo de Word, personaliza los campos resaltados en rojo y envía la carta a tu Especialista de Seguros.

Recuerda que las cancelaciones enviadas **hasta el 10 de cada mes** serán tramitadas al 1 del mes siguiente, las cancelaciones que se soliciten **luego del 10 de cada mes** serán tramitadas al 1 del mes subsiguiente.

Ciudad, día de /mes/año.

Señores

# PRESENTE Fondo de Empleados

Envigado

**ASUNTO:** Solicitud de cancelación Seguros.

Yo (Nombre completo asociado) con cédula número 000000000 solicito la cancelación del seguro (Nombre del seguro) a partir del día/mes/año

A continuación, especificar según sea el caso:

Nombre del seguro que desea cancelar.

Nombre y cédula de los asegurados que desea retirar (aplica para Plan Vida Integral y pólizas de salud, medicinas prepagadas, Plan Complementario, salud oral y emergencias médicas)

Dirección que desea retirar (aplica para Póliza Hogar)

Placa(s) que desea retirar (aplica para Póliza de Vehículo - autos y motos)

Nombre de la mascota que desea retirar (aplica para Asistencia Mascotas)

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

* Necesito Liberar Capacidad
* No cuento con los recursos económicos
* No utilizo el servicio
* Tuve problemas con el servicio. ¿Cuáles?
* Levantamiento de prenda
* Otro, especifique cuál

Atentamente,

Nombre: Cédula:

Celular:

Email: