



Montevideo, _____ de _____ de _____

Sres. BlueCross & BlueShield de Uruguay (Swiss Medical Uruguay S.A.)

Departamento de Atención al Cliente

Presente

Por este intermedio solicito se analice mi póliza contractual a fin de proceder a efectuar el cese del servicio y dejar sin efecto íntegramente la cobertura médica de BlueCross & BlueShield de Uruguay.

NOMBRE: _____

C.I.: _____

MOTIVOS: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

C.I.: _____