



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.: \_\_\_\_\_