

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**Versión : 02  
Código : F-GC-19  
Fecha : 25/07/2018  
Página 1 de 1**SOLICITUD DE CANCELACION DE SERVICIOS****DATOS PERSONALES**Nombre/s y Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Grupo Nro.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Solicitud de Cancelación:	Grupo	Beneficiario(s)
Nro. de Beneficiario (s):	/ / /	/ /
Vigencia:		

**Motivo de Cancelación**

Disconformidad con el servicio	Económico
Disconformidad con la cobertura	Fallecimiento
Disconformidad con los prestadores	Otro seguro
Costo elevado del servicio	Viaje
Baja administrativa	Otros:

**Comentarios:**Firma del Titular o  
Encargado del Contrato: \_\_\_\_\_ C.I. Nro.: \_\_\_\_\_  
.....**USO INTERNO**

Fecha de Aprobación: \_\_\_\_\_

**Observaciones:**Asesor del Beneficiario o  
Asesor Comercial: \_\_\_\_\_ Jefatura o Gerencia: \_\_\_\_\_

Verificado (Cuentas Corrientes): \_\_\_\_\_

Recibido (Afiliaciones):

Devuelto por:

Motivo de devolución:

Registro:

Documentos entregados a ATB/Ventas: