

Quito, de de 2023

Señores:
MEDICINA PREPAGADA CRUZBLANCA
Ciudad.-

Ref: Autorización de Exclusión de Beneficiarios

YO, _____

Identificado (a) con C.I. _____ titular del Contrato N° _____

solicito la **EXCLUSIÓN** del plan de medicina prepagada de los siguientes beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Cédula Beneficiario

Agradezco la atención prestada.

Firma Titular

Nombre: _____

C.I. _____

Tel Conv; _____ Tel. Cel. _____

E-mail. _____

***Favor anexar copia de cedula de titular del contrato.**

QUITO

Gral. Salazar E11-115 y Av. 12 de Octubre
PBX: 2556445
E-mail: serdiente-eps@cruzblanca.com.ec

GUAYAQUIL

Victor Emilio Estrada No. 710 entre Ficus y Guayacanes,
Urdesa Central, planta baja, edificio La Pirámide,
Teléfonos: (04) 4630670 / 4630671 Celular: 0996206670