

Quito, de de 2024

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