Asociación de Empleados de Telecel S.A.
Avda. Zavala Cué 2450 y Progreso
Fdo. de la Mora, Py – Edificio Tigo 4M
Cel. +595 986 666058

SOLICITUD DE EXCLUSION DEL SEGURO MEDICO GRUPO TELECEL S.A.E.

Fernando de la Mora, de de 20

Cobertura Médica : _____ Plan: _____

Nombre del Titular : _____

C.I. N° : _____

Por la presente nota, en mi carácter de TITULAR contratante del seguro médico a través del *Asociación de Empleados de Telecel S.A.* solicito la exclusión y cancelación de la cobertura médica Grupo Telecel S.A.E. de los siguientes beneficiarios/adherentes dentro de mi grupo familiar:

Baja Parcial (*Beneficiarios/Adherentes*) ☐ **Baja Total** (*Incluido Titular*) ☐

NOMBRE Y APELLIDO (Titular/Beneficiario/Adherente)	Documento C.I.N°	PARENTESCO

OBS: *Las exclusiones son procesadas el último día hábil de cada mes, por lo tanto, esta nota debe ser presentada con "24 hs. de anticipación" o de lo contrario el cobro seguirá vigente por 1 (un) periodo más.*

……
Firma del TITULAR/Contratante