FECARVAL
Fondo de empleados Grupo Carval

A015

CIUDAD: _____ ***FECHA:*** _____

Señores:
Fondo de Empleados Grupo Carval-FECARVAL
Atn: Sra. Claudia Sánchez
Gerente

REF: EXCLUSIÓN SERVICIOS

Yo, _____ identificado(a) con número de cedula No. _____, me dirijo a ustedes con el fin de solicitar la desvinculación del servicio que actualmente cuento _____. *(Marque con una "X" según corresponda)*

- ☐ Medicina Prepagada
- ☐ Plan Complementario
- ☐ Plan Exequial ☐ Plan Abuelos ☐ Plan Mascotas
- ☐ Servicio Ambulancia

Declaro que la presente solicitud de exclusión de servicios es voluntaria, libre y consciente, que aplicará a partir de la fecha del _____.

Agradezco su colaboración

Atentamente,

Firma: _____ C.C: _____

Nombre:_____ No. Celular: _____

Dirección residencial: _____

Correo Electrónico : _____

USO UNICAMENTE PARA FECARVAL

Fecha de Recibido: _____ Quien Recibe: _____

Vo. Bo Gerencia: _____