

SOLICITUD DE CANCELACION

Yo, _____, asegurado principal con últimos 4 números de seguro social _____, solicito la cancelación de mi suscripción con _____ (incluya el nombre de la aseguradora que interesa cancelar) al que me suscribí el ____ de _____ de 20 ____.

Favor especificar lo siguiente según aplique:

Nombre agencia o municipio de asegurado principal: _____

Si es pensionado, marque la que aplique:

- ☐ Administración de Sistemas de Retiro de los Empleados de Gobierno y la Judicatura
☐ Sistema de Retiro para Maestros

Mancomunado con (si aplica): _____
Nombre de agencia o municipio de la persona con la que mancomuna: _____

Razones para cancelación:

- ☐ No estoy conforme con el servicio recibido.
Especifique: _____
☐ Mis proveedores de servicio no están acogidos o cancelaron sus contratos.
☐ Me interesa la propuesta de otra compañía.
☐ Otras, especifique: _____

Hoy, ____ (día) de _____ (mes) de 20____ (año), en _____, Puerto Rico.

Nombre asegurado principal (letra de molde)

Firma asegurado principal

INSTRUCCIONES: Esta solicitud de cancelación tiene que contar con los ponches de recibido de ambas Aseguradoras, (aquella a ser cancelada y la de nuevo ingreso). El ponche debe contener logo o nombre de la Aseguradora, la firma de quien la poncha, fecha y hora de ponche. Una vez contenga todos los ponches, la aseguradora de nuevo ingreso deberá entregar al suscriptor una copia y someter la forma original como Anejo del formulario de suscripción del nuevo plan. Si esta forma no contara con los ponches de ambas aseguradoras tanto la cancelación como el cambio quedarían sin efecto. De tener algún problema llenando esta solicitud, solicite el documento "Instrucciones para cumplimentar la forma de Solicitud de Cancelación SC 1330" a cualquiera de las dos aseguradoras.