Asunción, de de 202 .-

**SEÑORES**

**ASISMED S.A.**

**PRESENTE**

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud, y por su intermedio a donde corresponda, con el objeto de solicitar la exclusión de mi adherente:

* ----------------------------------------------------------------------------------------------
* ----------------------------------------------------------------------------------------------
* ----------------------------------------------------------------------------------------------
* ----------------------------------------------------------------------------------------------

del seguro médico, por motivos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sin otro particular, atentamente.

………………………………………………………………………………………………………..

Beneficiario Titular

C.I N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_