

Ciudad \_\_\_\_\_

FECHA					
DÍA	MES	AÑO			

Señores  
**COMPañÍA** \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_

Estimados Señores:

Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_, identificado con  
CC/NIT número \_\_\_\_\_, solicito la cancelación de mi póliza de \_\_\_\_\_  
cuyo número es \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_ por el siguiente motivo:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No me interesa la póliza.                       | <input type="checkbox"/> Mal servicio de Centro Médico                               |
| <input type="checkbox"/> Tengo otra póliza                               | <input type="checkbox"/> Mal servicio en talleres                                    |
| <input type="checkbox"/> Precio alto                                     | <input type="checkbox"/> Mal servicio RED322   |
| <input type="checkbox"/> Bajas coberturas                                | <input type="checkbox"/> Demasiada tramitología                                      |
| <input type="checkbox"/> No me cumplieron con la promesa de venta.       | <input type="checkbox"/> No flexibilidad de pago                                     |
| <input type="checkbox"/> Mal servicio en las oficinas de Seguros Bolívar | <input type="checkbox"/> Dificultad económica  |
| <input type="checkbox"/> Mal servicio del Asesor                         | <input type="checkbox"/> Sale del país   |
| <input type="checkbox"/> Mal servicio de Indemnizaciones                 | <input type="checkbox"/> Venta del bien  |
| <input type="checkbox"/> Mal servicio de Asistencia Bolívar              | <input type="checkbox"/> Terminación de la existencia de sociedad o persona jurídica |

Agradezco su atención a esta solicitud.

**PERSONA NATURAL**

Firma: \_\_\_\_\_  
C.C.: \_\_\_\_\_

**PERSONA JURÍDICA**

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_  
NIT: \_\_\_\_\_