

Santiago de Chile, ___ de _____ del 20__

Carta de Renuncia

Nombre del Destinatario _____

Nombre de la Isapre _____

Dirección de la Isapre _____

Ciudad _____ **Código Postal** _____

Estimado(a) _____,

Por medio de la presente, me dirijo a usted para formalizar mi renuncia a los servicios de la Isapre _____. A partir de la fecha de envío de esta carta, ya no deseo ser beneficiario de los servicios proporcionados por la Isapre.

Mi decisión de renunciar a la Isapre se basa en cambios en mis necesidades de salud y en la búsqueda de otras alternativas que mejor se ajusten a mi situación actual. Agradezco sinceramente los servicios y la cobertura médica brindada por la Isapre durante mi tiempo como afiliado(a).

Solicito que se tomen las medidas necesarias para formalizar mi renuncia y proceder con la cancelación de mi afiliación. Agradecería recibir información sobre los pasos y los trámites administrativos requeridos para completar esta cancelación de manera efectiva.

Quiero expresar mi gratitud a [nombre del destinatario] y a todo el equipo de la Isapre por su atención y servicio durante mi tiempo como afiliado(a). Ha sido un placer contar con su respaldo y cuidado en materia de salud.

Agradezco su atención a este asunto y su colaboración en el proceso de renuncia a la Isapre. Quedo a su disposición para cualquier consulta adicional y para proporcionar cualquier documentación o información adicional que pueda ser necesaria.

Atentamente,

Firma

Nombre: _____

N° Identificación: _____