

### Solicitud de Exclusión

- No compartir mi información personal no pública con terceros no afiliados con el propósito de mercadear productos o servicios.

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

***Nota: De tener una póliza conjunta, sus decisiones aplicarán a todos los autorizados en la póliza.***