

CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE

Eu, _____,
_____,
portador(a) do RG nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____,
_____, associado ao _____.

solicito:

() a minha exclusão e de meus dependentes

() a exclusão do(s) dependente(s): _____

do plano de saúde contratado por _____.

Nesta oportunidade, declaro ciência de que, caso o referido plano de saúde comporte coparticipações referentes ao meu uso ou de meus dependentes, ou ainda restem procedimentos que até o momento não foram pagos, estes serão objeto de cobrança, com a emissão de boleto nos meses seguintes para pagamento.

Além disso, estou ciente de que, se este cancelamento ocorrer após o 10º (décimo) dia do mês, a mensalidade do mês seguinte será cobrada integralmente, conforme o contrato.

Local: _____, data: ____/____/____.

Associado(a)

Motivo do cancelamento: _____

_____.