

FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO

À
BEM BENEFÍCIOS ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

MATRÍCULA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

01 - OPERADORA

NOME DA OPERADORA

02 - DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR (EM LETRA DE FORMA)

ENTIDADE: _____

NOME COMPLETO TITULAR: _____ CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ NOME DA MÃE: _____

CEL: () _____ ENDEREÇO: _____ CEP: _____

DADOS DO BENEFICIÁRIO PARA EXCLUSÃO (EM LETRA DE FORMA)

BENEFICIÁRIO TITULAR / OU

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

(1) _____ CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

(2) _____ CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

(3) _____ CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

(4) _____ CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

03 - MOTIVO (CLASSIFICADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR)

ROMPIMENTO DO CONTRATO POR INICIATIVA BENEFICIÁRIO TITULAR MUDANÇA DE OPERADORA, QUAL? (MENCIONAR NO ITEM 04, CAMPO COMENTÁRIO)

INSATISFAÇÃO, QUAL? (MENCIONAR NO ITEM 04, CAMPO COMENTÁRIO) OUTROS (MENCIONAR NO ITEM 04, CAMPO COMENTÁRIO)

PROBLEMA FINANCEIRO

04 - COMENTÁRIO

05 - DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

- EU, BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO, DECLARO QUE TENHO CIÊNCIA E ESTOU DE ACORDO QUE NESTE ATO, DEVOLVEREI A CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO(S) USUÁRIO(S) CANCELADO(S).

- ESTOU CIENTE E DE ACORDO, QUE APÓS A ASSINATURA DESTES PEDIDOS DE CANCELAMENTO, TODA UTILIZAÇÃO SERÁ CONSIDERADA INDEVIDA, SOB PENA DE RESPONSABILIDADE DE PENA CIVIL E PENAL PODENDO AINDA A ADMINISTRADORA / OPERADORA EFETUAR A COBRANÇA A QUALQUER MOMENTO.

06 - OBSERVAÇÕES GERAIS

- ESTOU CIENTE QUE PODEREI RECEBER COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO DEVIDO A MINHA UTILIZAÇÃO E DO(S) BENEFICIÁRIO(S) EXCLUÍDO(S) NESSE FORMULÁRIO.

- TENHO CIÊNCIA QUE MEU CANCELAMENTO É IMEDIATO, IRREVOGÁVEL E NÃO ISENTA DÉBITOS ANTERIORES.

- TENHO CIÊNCIA QUE PERDEREI A CARÊNCIA JÁ CUMPRIDA E QUE EM CASO DE ARREPENDIMENTO POSTERIOR, SERÃO CUMPRIDAS NOVAS CARÊNCIAS.

_____, _____ DE _____ DE 20_____

Assinatura do Proponente Titular ou Responsável