

CANCELAMENTO DE CONTRATO PARA TITULAR E DEPENDENTES

À
BEM BENEFÍCIOS ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

MATRÍCULA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

01 - NOME DA OPERADORA

UNIMED BELO HORIZONTE UNIMED ANGRA DOS REIS SAUDE SINAI - Juiz de Fora SAUDE SISTEMA - Belo Horizonte UNIMED ODONTO
 UNIMED NORTE DE MINAS MEDGOLD SAUDE - Belo Horizonte PAME OUTROS: _____

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

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 ÓBITO
 INSATISFAÇÃO, QUAL? (MENCIONAR NO ITEM 04, CAMPO COMENTÁRIO) MUDANÇA DE OPERADORA, QUAL? (MENCIONAR NO ITEM 04, CAMPO COMENTÁRIO)
 PROBLEMA FINANCEIRO OUTROS (MENCIONAR NO ITEM 04, CAMPO COMENTÁRIO)

04 - COMENTÁRIO

05 - DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

EU BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO DECLARO QUE TENHO CIÊNCIA E ESTOU DE ACORDO QUE NESTE ATO, DEVEREI DEVOLVER A CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO(S) USUÁRIO(S) CANCELADO(S) E QUE NA FALTA DO(S) MESMO(S) DEVEREI DECLARAR O MOTIVO NO ITEM 5, CAMPO COMENTÁRIO.

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

COMENTÁRIO

06 - OBSERVAÇÕES GERAIS

- ESTAREI CIENTE QUE PODEREI RECEBER COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO DEVIDA / INDEVIDA DE MINHA UTILIZAÇÃO DO(S) BENEFICIÁRIO(S) EXCLUÍDO(S) NESSE FORMULÁRIO.

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

O CONTRATO CELEBRADO ENTRE AS PARTES É DE PRÉ-PAGAMENTO NÃO CABENDO DEVOLUÇÃO DE VALORES.

_____, _____ DE _____ DE 20____

Assinatura do Proponente Titular ou Responsável