



# REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO PLANO DE SAÚDE



## QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

DATA DE CANCELAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Deverá ser posterior à data de protocolo)

## BENEFICIÁRIOS PARA CANCELAMENTO

TITULAR (Cancelamento compulsório de todos os dependentes)

DEPENDENTE

Listar:

Nome	Cpf

## TERMOS

O Associado acima qualificado vem por meio deste instrumento requerer a exclusão no plano de saúde PLADISA dos beneficiários descritos, bem como declara estar ciente dos seguintes termos:

Estou ciente de que sou responsável pelo pagamento das mensalidades até a data informada para cancelamento, bem como de coparticipações advindas das utilizações enquanto beneficiário ativo;

Estou ciente que em caso de contratação de um novo plano de saúde, estarei sujeito às regras da operadora de destino;

Estou ciente de que este requerimento deverá ser protocolado nas unidades de atendimento da Abepom ou ainda através do e-mail [planodesaude@abepom.org.br](mailto:planodesaude@abepom.org.br), sem pendência preenchimento, até às 16h00 para o cancelamento imediato.

Nestes termos, pede deferimento,

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do ASSOCIADO: \_\_\_\_\_