

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO

Data da solicitação ____/____/____

 Titular Dependente Agregado**Motivo do Cancelamento** Mudança de plano Financeiro Inadimplência Demissão/Exoneração Viagem Desistência Término de relação com Beneficiário Outros: _____**Titular**

Titular: _____ Código: _____

Conveniada: _____ CPF: _____ RG: _____

Tel. Resid.: _____ Tel. Celular: _____

Email: _____

Dados Bancários:

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____ Op: _____

Dependentes

Nome completo: _____ Código: _____

CPF: _____ RG: _____ Telefone: () _____

Nome completo: _____ Código: _____

CPF: _____ RG: _____ Telefone: () _____

Agregados

Nome completo: _____ Código: _____

CPF: _____ RG: _____ Telefone: () _____

Nome completo: _____ Código: _____

CPF: _____ RG: _____ Telefone: () _____

Nome completo: _____ Código: _____

CPF: _____ RG: _____ Telefone: () _____



IMPORTANTE

- O seu pedido de cancelamento ou exclusão tem EFEITO IMEDIATO a partir da ciência da operadora. Após a data e horário da sua solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato, você não está mais coberto pelo seu plano de saúde. Qualquer utilização do plano (ex. exame, cirurgia, etc), mesmo que já autorizada pela operadora, não será realizada após a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato.
- Este formulário confirma o pedido de solicitação. Assim que o protocolo for efetivado, será enviado o comprovante ao associado.
- Caso o valor da mensalidade já tenha sido pago ou descontado, a CAURN realizará o ressarcimento na conta indicada pelo titular do plano.
- Caso haja valores em aberto, poderá haver desconto dos valores a pagar.
- Caso haja interesse de retorno ao plano poderão ser cobradas as contribuições que ficaram em aberto.
- Para planos coparticipativos, informamos que caso haja devolução a ser feita pela CAURN, a mesma fará encontro de contas para cobranças de futuras coparticipações.

Assinatura do Titular

Assinatura da CAURN

