

Assinale a quem se destina a(s) exclusão(ões): Titular Dependente(s) Responsável Financeiro

ATENÇÃO: Conforme previsões legais e regulamentares a exclusão do TITULAR do plano implica em exclusão de todo o grupo familiar a ele vinculado. A exclusão do responsável financeiro transfere automaticamente para o titular a responsabilidade sobre os dependentes remanescentes.

NOME DO TITULAR DO PLANO (por extenso)

MATRÍCULA ELOSAÚDE

Solicito a(s) exclusão(ões) do(s) beneficiário(s) relacionado(s) e, para tanto:

- Declaro estar ciente da cessação do atendimento, da perda de eventuais carências já cumpridas e demais benefícios do Plano, em decorrência da presente solicitação, a partir da data de processamento da Exclusão solicitada, nos termos legais e regulamentares.
- Declaro ter conhecimento de que a exclusão não implica em quitação automática de débitos de qualquer natureza (mensalidades não quitadas e coparticipações decorrentes de serviços ainda não faturados pela ELOSAÚDE) originados anteriormente à data de efetivação da presente solicitação e, por esta razão, reconheço e concordo que eventuais débitos dessa natureza me sejam cobrados posteriormente.

Nome do Beneficiário (preencher o(s) nome(s) do(s) beneficiário(s) a ser(em) excluído(s), inclusive do titular do plano, quando for o caso).	Matrícula ELOSAÚDE	DEVOLUÇÃO DOS CARTÕES (Assinale com "X" os cartões DEVOLVIDOS)		
		ELOSAÚDE	UNIMED	RECIPROCIDADE
		()	()	() Quais? _____
		()	()	() Quais? _____
		()	()	() Quais? _____
		()	()	() Quais? _____
		()	()	() Quais? _____
		()	()	() Quais? _____
		()	()	() Quais? _____

- Declaro, por fim, que conheço as implicações relativas à não devolução dos cartões do plano e assumo total responsabilidade por utilizações indevidas e/ou fraudulentas decorrentes da utilização de cartões não devolvidos.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Titular

Protocolo ELOSAÚDE

Dig. em:

Visto do digitador