

Assinale com "X" a opção desejada: () Alteração de Plano () Exclusão de Plano

Identificação do titular

NOME DO TITULAR (por extenso)	MATRÍCULA DO TITULAR
-------------------------------	----------------------

Na condição de titular junto à ELOSAÚDE solicito que seja procedida a adequação do plano de minha titularidade, para o(s) beneficiário(s) relacionado(s), conforme indicado a seguir:

NOME DO BENEFICIÁRIO	MATRÍCULA ELOSAÚDE	Preencha somente os campos relativos à operação desejada (Alteração ou Exclusão)		
		ALTERAÇÃO DE PLANO		EXCLUSÃO DE PLANO
		Plano Atual	Novo Plano	

Declaro estar ciente de todas as implicações decorrentes do ora solicitado, inclusive no que diz respeito à cessação de atendimentos e obrigações relativas a planos excluídos e/ou coberturas alteradas a partir da data de efetivação da presente solicitação.

Declaro, ainda, ter conhecimento de que a alteração ou exclusão de plano não implica em quitação de débitos originados enquanto o(s) beneficiário(s) estava(m) ativo(s) no(s) plano(s) (mensalidades não quitadas e coparticipações decorrentes de serviços ainda não faturados pela ELOSAÚDE) e, por esta razão, assumo e concordo que eventuais débitos dessa natureza me sejam cobrados posteriormente.

Declaro, por fim, que me foram repassadas informações relativas à necessidade de cumprimento de novos períodos de carência decorrentes de interrupção ou cancelamento de planos.

-----, de ----- de -----.

Protocolo ELOSAÚDE

Dig. em: ___/___/___

Visto do digitador

Assinatura do Titular