

Código Associado:	Razão Social:
-------------------	---------------

**DADOS DO CANCELAMENTO** CANCELAR PLANO

**TITULAR** - cancelando o PLANO do titular automaticamente serão cancelados os dependentes.

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

**DEPENDENTE (S)** - para cancelar somente o PLANO do dependente deixe em branco o campo do titular.

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MOTIVO DO CANCELAMENTO**

- Por Iniciativa do Beneficiário - sujeito a multa contratual  
 Óbito – Anexar cópia da Certidão de Óbito.  
 Desligamento do colaborador do quadro funcional da empresa - Anexar comprovante (TRCT)

**INFORMAÇÕES**

1- Prazo para entrega da documentação (via original) no edifício-sede da CDL DE FLORIANÓPOLIS até o dia 10.

2- Quando dia 10 for sábado, domingo ou feriado, a data de entrega será antecipada em via original, no edifício-sede da CDL DE FLORIANÓPOLIS.

3- Se a exclusão do plano e/ou especialidade adicional do usuário (titular e/ou dependente) ocorrer antes de completado 24 meses de sua inclusão, inclusive por decorrência de inadimplência do ASSOCIADO (empresa), este pagará multa equivalente a 50% do montante que faltar para completar esse prazo, salvo cancelamento por óbito ou colaborador desligado da empresa, mediante comprovação conforme estipulado no Termo de Adesão.

Carimbo CNPJ
--------------

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal da Empresa