

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 (titular e/ou dependente) ocorrer antes de completado 12 meses de sua inclusão, inclusive por decorrência de inadimplência do ASSOCIADO (empresa), este pagará multa equivalente ao restante do que faltar para completar esse prazo. Salvo cancelamento por óbito ou colaborador desligado da empresa, mediante comprovação conforme estipulado no Termo de Adesão.

Florianópolis, ____/____/_____.

Carimbo CNPJ

Assinatura do Responsável Legal da Empresa