

**Termo de Cancelamento do Plano de Saúde**

**IMPORTANTE:** Os dados preenchidos são de total responsabilidade do proponente titular, não tendo o Economus responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja ilegível, rasurado, incompleto/abreviado ou sem assinatura. Obrigatório anexar os documentos exigidos para a inscrição.

\* campos obrigatórios

Dados do titular do plano			
Nome*		CPF*	
Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc - sem abreviação) *		Número*	Complemento
Bairro*	Município*	UF*	CEP*
Telefone Residencial* [ ] [ ]	Telefone Celular* [ ] [ ]	Telefone Comercial [ ] [ ]	
E-mail			

Como participante titular do plano de saúde, acima identificado, solicito o cancelamento a partir desta data dos inscritos relacionados a seguir:

Grau de Parentesco*	CPF*	Nome do Beneficiário*	Plano* (ver código do plano abaixo)

Solicito também a minha exclusão do plano.

**Motivo do Cancelamento:**

Dificuldade Financeira  Falecimento  Perdeu o Direito  Rede Insatisfatória

Outros (especificar): \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO**

Declaro ser o responsável legal do(s) dependente(s) menor(es) de idade acima indicado(s), em conformidade com o art. 14, § 1º, da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018).

Declaro ainda estar ciente de que esta solicitação implicará nas seguintes responsabilidades:

- O Cancelamento do plano de saúde resulta na imediata quitação de débitos pendentes ou remanescentes em qualquer um dos recursos;
- É obrigatória a devolução das carteiras de identificação concedidas aos inscritos no convênio, no prazo máximo de 10 dias após o cancelamento;
- O titular é plenamente responsável pelo pagamento integral de despesas que resultem no uso indevido, por parte dele próprio ou de seus dependentes, após a formalização deste pedido.

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo, na condição de titular, a cobrança das mensalidades/contribuições, coparticipações e franquias do plano acima indicado em folha de pagamento que compreende o grupo familiar inscrito, ou na impossibilidade de utilização desse meio, o desconto em conta corrente do Banco do Brasil S/A, agência\* nº \_\_\_\_\_, conta corrente\* nº \_\_\_\_\_ que me comprometo em autorizar junto a instituição bancária e deixar saldo suficiente para o pagamento.

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular

**CÓDIGO DO PLANO:**

1 – BASICO	2 - ECONOMUS FAMÍLIA	3 - ECOSAÚDE III	4 - FEAS/BASICO	5 - FEAS/PAMC	6 - NOVO FEAS	7 - PAMC	8 - PLUS	9 - PLUS II
------------	----------------------	------------------	-----------------	---------------	---------------	----------	----------	-------------