



Solicitação de desligamento dos planos administrados pela CAPESESP

Protocolo nº

ANS - nº 324477

Informações do Titular

Matrícula

Nome completo

Desligamento simultâneo de Titular e Dependentes

 Plano de Benefícios Assistenciais - *Motivo:

Outro motivo: _____

 Plano de Benefícios Previdenciais
 Plano de Pecúlios (especifique a série):

 Ordinário A B C D E

 Assistência Odontológica - *Motivo:

Outro motivo: _____

 Capesaúde Urgente

*Tabela de Motivos para desligamento

(Informe um mais motivos para o desligamento)

1. Custo do Plano
2. Insatisfação com o atendimento da CAPESESP
3. Insatisfação com a qualidade da rede credenciada
4. Insatisfação com a quantidade de rede credenciada
5. Insatisfação com a cobertura do plano
6. Tornou-se dependente do cônjuge em outro plano

Desligamento de Dependentes

Matrícula

Nome completo

 Plano de Benefícios Assistenciais
*Motivo:

Outro motivo: _____

 Assistência Odontológica
*Motivo:

Outro motivo: _____

 Capesaúde Urgente
*Motivo:

Outro motivo: _____

Matrícula

Nome completo

 Plano de Benefícios Assistenciais
*Motivo:

Outro motivo: _____

 Assistência Odontológica
*Motivo:

Outro motivo: _____

 Capesaúde Urgente
*Motivo:

Outro motivo: _____

Matrícula

Nome completo

 Plano de Benefícios Assistenciais
*Motivo:

Outro motivo: _____

 Assistência Odontológica
*Motivo:

Outro motivo: _____

 Capesaúde Urgente
*Motivo:

Outro motivo: _____

Matrícula

Nome completo

 Plano de Benefícios Assistenciais
*Motivo:

Outro motivo: _____

 Assistência Odontológica
*Motivo:

Outro motivo: _____

 Capesaúde Urgente
*Motivo:

Outro motivo: _____

Declaro ter conhecimento de que o meu desligamento de quaisquer planos implicará no desligamento simultâneo de todos os meus dependentes ali inscritos, bem como que os desligamentos efetuados por solicitação escrita do TITULAR durante o mês só poderão ser efetivados com vigência a partir do dia 1º do mês subsequente, não gerando, dessa forma, devolução proporcional de contribuição mensal. Caso a(s) carteira(s) do Plano de Benefícios Assistenciais não seja(m) devolvida(s), estou ciente de que sou o responsável pelo pagamento de qualquer utilização indevida após o desligamento.

Declaro, também, que estou ciente que, ao solicitar desligamento(s), a capesesp realizará pesquisas na minha matrícula referente a todas as inscrições e minha responsabilidade e, caso seja apurado algum débito referente a contribuições, financiamentos, empréstimos, co-participações, inclusive co-participações de valores que ainda não foram cobrados à Capesesp pela rede credenciada e de alguma utilização da carteira do Capesau de em período de suspensão, a quitação será de minha inteira responsabilidade como Titular, em conformidade com os parágrafos primeiro e segundo do artigo 7º e o artigo 9º do Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais e demais dispositivos regulamentares.

Local

Data

Assinatura do proponente (Titular)