



SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO DOS PLANOS DA CAPESESP

ANS - nº 324477

Protocolo (preenchimento CAPESESP)

Nome completo

Nº da matrícula

DESLIGAMENTO DO TITULAR

() Solicito meu desligamento do PLANO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS, pelo(s) motivo(s) abaixo:

() pretende retornar ao plano; () rede credenciada insuficiente; () insatisfação com o atendimento da CAPESESP;

() insatisfação com o atendimento da rede credenciada; () valor inadequado para o plano; () cobertura do plano insuficiente;

() tornou-se dependente do cônjuge em outro plano; () óbito;

() outros. Favor especificar: _____

() Solicito meu desligamento do PLANO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIAIS.

() Solicito meu desligamento do PLANO DE PECÚLIOS.

() Solicito meu desligamento do CAPESAÚDE URGENTE.

() Solicito meu desligamento da ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, pelo(s) motivo(s) abaixo:

() pretende retornar ao plano; () rede credenciada insuficiente; () insatisfação com o atendimento da CAPESESP;

() insatisfação com o atendimento da rede credenciada; () valor inadequado para o plano; () cobertura do plano insuficiente;

() tornou-se dependente do cônjuge em outro plano; () óbito;

() outros. Favor especificar: _____

DESLIGAMENTO DE DEPENDENTE

Nome completo

Nº da matrícula

Sequencial

() Solicito o desligamento do dependente descrito acima do PLANO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS, pelo(s) motivo(s) abaixo:

() pretende retornar ao plano; () rede credenciada insuficiente; () insatisfação com o atendimento da CAPESESP;

() insatisfação com o atendimento da rede credenciada; () valor inadequado para o plano; () cobertura do plano insuficiente;

() casou-se e se tornou dependente do cônjuge em outro plano; () atingiu a maioridade e não tem interesse; () óbito;

() outros. Favor especificar: _____

() Solicito o desligamento do CAPESAÚDE URGENTE do dependente descrito acima.

() Solicito o desligamento do dependente descrito acima da ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, pelo(s) motivo(s) abaixo:

() pretende retornar ao plano; () rede credenciada insuficiente; () insatisfação com o atendimento da CAPESESP;

() insatisfação com o atendimento da rede credenciada; () valor inadequado para o plano; () cobertura do plano insuficiente;

() casou-se e se tornou dependente do cônjuge em outro plano; () atingiu a maioridade e não tem interesse; () óbito;

() outros. Favor especificar: _____

Declaro ter conhecimento de que o meu desligamento de quaisquer planos implicará no desligamento simultâneo de todos os meus dependentes.

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 feita após o desligamento.

Declaro, também, que estou ciente que, ao solicitar desligamento(s), a CAPESESP realizará pesquisas na minha matrícula 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 CAPESAÚDE em período de suspensão, a quitação será de minha inteira responsabilidade do Titular, em conformidade com o Artigo 9º do Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais e demais dispositivos regulamentares.

Local

Data

Assinatura do Titular