Operadora: **Dental Uni Cooperativa Odontológica**

CNPJ: **78.738.101/0001-51**

TERMO DE CANCELAMENTO / EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

Nome do Beneficiário Titular:

Nome do Beneficiário Dependente:

CPF: TELEFONE:

E-MAIL:

Qual o motivo da solicitação da exclusão do plano?

- ☐ Contenção de despesas
- ☐ Perda da fonte de renda
- ☐ Insatisfação com cobertura
- ☐ Insatisfação com mensalidade
- ☐ Insatisfação com rede
- ☐ Insatisfação com operadora
- ☐ Terminou o tratamento
- ☐ Mudança de endereço
- ☐ Contratação de outro serviço de odontologia
- ☐ Não utiliza o plano
- ☐ Falência da empresa vinculada
- ☐ Término da vigência do contrato
- ☐ Término da relação de vínculo a um beneficiário titular

O empregador se responsabiliza pelo preenchimento correto do presente termo e pela veracidade das informações nele contidas, assumindo também a responsabilidade pelos eventuais prejuízos causados à Dental Uni em decorrência de dados bem como o não envio do documento junto à operadora.

_____, _____de_____de_____

Contratante
Carimbo e assinatura (obrigatória)

Titular do plano
Assinatura (opcional)

DENTALUNI®
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA