

CANCELAMENTO DE CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL

_____ /ES, ____ de _____ 20 ____.

Eu _____ portador(a) do CPF: _____ responsável
através da empresa _____

CNPJ: _____, localizada _____

_____ através do contrato coletivo empresarial,

solicito o cancelamento total do(s) contrato(s) do(s) plano(s):

() Saúde número do contrato _____

() Odonto número do contrato _____

*Escolher apenas uma das opções abaixo:

() FINANCEIRO - DIFICULDADE ECONÔMICA – E

() INSATISFAÇÃO ATENDIMENTO – E

() INSATISFAÇÃO PREÇO – E

() INSATISFAÇÃO REDE – E

() MIGRAÇÃO CONTRATO/ PRODUTO MESMA OPERADORA – E

() MUDANÇA CONCORRÊNCIA – E

() NÚMERO INSUFICIENTE DE BENEFICIÁRIOS

() MUDANÇA OPERADORA ATHENA – E

Assinatura (CPF)