

Visto/Carimbo do P.A.

Uso exclusivo da FHE

## DADOS DO TITULAR

CPF

Nome

Desejo permanecer no Plano Odontológico da Bradesco Dental e excluir apenas o(s) dependente(s) citado(s) neste formulário.

Desejo solicitar minha exclusão e do meu grupo familiar do Plano Odontológico da Bradesco Dental (não é necessário preencher o campo de dependentes).

## DEPENDENTES

Nome do dependente

CPF do dependente

Parentesco com o Titular

Data de nascimento

Nome do dependente

CPF do dependente

Parentesco com o Titular

Data de nascimento

Nome do dependente

CPF do dependente

Parentesco com o Titular

Data de nascimento

## IMPORTANTE

1. A exclusão do titular e/ou dependente do Plano Odontológico apenas poderá ser solicitada após 12 (doze) meses de permanência mínima no Plano, a contar da data de início da vigência.
2. Será permitida a reinclusão de beneficiário ou dependentes no Plano, mediante apreciação da operadora e cumprimento do prazo de carência de 90 (noventa) dias.
3. O cancelamento do beneficiário dentro do período mínimo facultará à Operadora cobrar multa correspondente ao valor da contribuição mensal multiplicada por 6 (seis) vezes o valor do prêmio.

## Motivo da exclusão

- Não utiliza    Desistência do produto    Financeiro    Insatisfação do atendimento    Motivos pessoais    Rede credenciada
- Óbito    Possui outro plano
- Outros: \_\_\_\_\_

Local e data

Assinatura