



REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO

Eu _____, associado(a) Titular da SIM - Caixa de Assistência à Saúde, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a exclusão do(s) meu(s) agregados(s) no **Plano SIM FAMÍLIA** conforme abaixo:

01. DADOS DO(S) FAMILIAR(ES) AGREGADO(S)	
Nome do Agregado	Grau de Parentesco

IMPORTANTE:

Conforme previsto o regulamento do Plano SIM Família (Art. 27), na exclusão de Beneficiário do PLANO, por qualquer motivo, o Titular ou representante legal, obrigam-se a devolver, o cartão de identificação de seu Familiar Agregado.

Na oportunidade me responsabilizo pelo uso indevido do(s) cartão(es) NÃO DEVOLVIDOS por qualquer eventual má utilização dos serviços, a partir da exclusão do(s) meu(s) agregados junto ao SIM – Plano de Saúde.

_____/_____/_____
Local Data Assinatura Associado Titular no SIM

HOUVE A DEVOLUÇÃO DO(S) CARTÃO(ÕES): SIM [] (quantidade de cartões _____) NÃO []

Para uso exclusivo do SIM – Plano de Saúde:

Recebido por: _____

Verificado por: _____