

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO



Solicito a AUXILIADORA PREVIDÊNCIA o cancelamento dos Planos que possuo nesta Entidade conforme descrevo abaixo:

Nome Completo:			
Nome Social:		Data Nasc.:	
CPF:	Estado Civil:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Endereço Residencial:		Número/Complemento:	
Bairro:	Cidade:	UF (Estado):	
Cep:	Tel.:	Celular:	
E-mail de contato:			
Averbador /Instituidor /Órgão:		Matrícula/Masp:	

Selecione a opção desejada:

- Total - Cancelar **todos** os planos e serviços ativos.
- Parcial - Manter apenas os planos abaixo ativos e cancelar os demais:

CONTRATO	PROCESSO SUSEP	COBERTURA	INICIO DE VIGENCIA	VALOR DO BENEFICIO	CONTRIBUIÇÃO MENSAL	SERVIÇO ASSIST FUN
		PECÚLIO POR MORTE OU INVALIDEZ				
		PECÚLIO POR MORTE OU INVALIDEZ				
TOTAL DE CONTRIBUIÇÃO MENSAL:					R\$	

Motivo: _____

Observações:

- 1) Para participante menor com idade entre 14 e 18 anos, a assinatura deverá ser em conjunto com seu representante legal. Também será necessário o envio de uma cópia do RG e CPF do participante, junto com o RG ou documento legal que comprove a responsabilidade do representante sobre o menor.
- 2) Para o participante que possui curador, deve ser encaminhada cópia da sentença determinante da curatela, juntamente com cópia do RG e CPF do curador nomeado. O interditado assinará em conjunto com seu curador sempre que possuir discernimento para tanto.
- 3) Caso o participante se encontre impossibilitado ou não saiba assinar, deverá ser colhida **sua impressão digital** e a assinatura de um representante legal (assinatura a rogo). Também deverá ser encaminhada cópia de um documento de identificação que comprove a impossibilidade.
- 4) Anexar a cópia da CNH ou RG e CPF (frente e verso) e comprovante de endereço do participante.
- 5) Todas as assinaturas devem estar em conformidade com os documentos de identificação apresentados.
- 6) No preenchimento incorreto ou incompleto do formulário, ele não será acatado.

Tendo ciência de que **a alteração somente será válida a partir da data de protocolização deste documento na AUXILIADORA PREVIDÊNCIA**, confirmo e autorizo o cancelamento.

Local e data: _____

Assinatura/digital do(a) participante

Assinatura do Representante Legal
(se necessário)

Importante: Em atendimento a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nº 13.709 sancionada em 14 de Agosto de 2018 e vigente desde Setembro de 2020, a AUX garante a proteção dos seus dados pessoais informados e assegura que estes poderão ser utilizados e compartilhados apenas para fins de administração de suas coberturas.

Encaminhar para sac@auxvida.com.br ou Av. do Contorno, 2912 - Santa Efigênia - Belo Horizonte – MG - CEP 30.110-014.