

PEDIDO DE CANCELAMENTO

(Requerimento de cancelamento da cobertura adicional de risco de pensão por morte)

Eu, _____,
inscrito no CPF: _____, venho, pelo presente instrumento,
requerer o cancelamento das minhas contribuições pertinentes **aos adicionais
de risco de pensão por morte.**

Declaro que tenha ciência de que as contribuições já pagas e repassadas para a seguradora Seguros Unimed não serão restituídas e nem incorporadas em meu saldo de conta, eis que foram destinadas à cobertura dos riscos contratados.

Declaro, ainda, que a partir da presente data **estou descoberto no tocante à cobertura adicional do risco de pensão por morte.**

Atenciosamente,

_____	____/____/____	_____
- Local	- Data	- Assinatura

Observações:

* Enviar uma cópia simples de qualquer documento do titular do plano (RG, CNH ou OAB)