

PEDIDO DE CANCELAMENTO CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL DE RISCO INVALIDEZ

(Requerimento de cancelamento da cobertura adicional de risco de aposentadoria por invalidez total e permanente)

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

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 aposentadoria por invalidez total e permanente**.



| | |
|---------------------|-------------------|
| | |
| Local / Data | Assinatura |

Observações:

- * Enviar uma cópia simples de qualquer documento do titular do plano. Exemplo: RG, CNH ou OAB.
- * Em caso de envio por e-mail, o formulário deverá ser assinado com certificado digital.