



# Termo de Cancelamento Plano de Saúde ARUS-MED

**Usuário/Proponente:** .....

Participante ARUS: .....

**Plano:** ( ) Unimed Fácil      ( ) Unipart      ( ) VIP / Master

Data de encerramento da utilização do plano: ...../...../.....

Solicito meu cancelamento do plano de saúde ARUS – MED, e declaro estar ciente das obrigações e responsabilidades abaixo:

a) Futuras cobranças decorrentes da utilização do uso do plano e valores de co-participação anterior a data de cancelamento, serão assumidos pelo usuário/proponente ou responsável;

b) Impossibilidade absoluta de utilização do plano de saúde após a data em que o plano se encerra;

c) Havendo interesse em retornar ao plano, somente haverá isenção de carência se o fizer em até 30 dias após a data em que o plano se encerra, caso contrário todas as carências deverão ser cumpridas;

**d) Devolução do cartão de identificação do usuário anexado a este documento.**

....., ...../...../.....

Local e data

.....

Assinatura usuário/proponente ou responsável