

Gostaria de sugerir outra operadora de saúde para realização de convênio com o Sindilojas Porto Alegre?

OBSERVAÇÃO

O prazo para exclusão de beneficiários encerra-se no dia 15 do mês solicitado, sendo o plano vigente até o último dia do mês. Se a solicitação for realizada depois do dia 15, a exclusão será efetuada somente no próximo mês, sendo gerada nova fatura.

Em caso de exclusão do titular do plano, seus dependentes também serão excluídos.

Solicitações de exclusões por óbito devem estar acompanhadas da certidão de óbito.

A empresa compromete-se a devolver a(s) carteira(s) do plano vinculada(s) ao(s) beneficiário(s) em até 10 dias do pedido de exclusão.

Em caso de não devolução, o Sindilojas Porto Alegre não se responsabilizará por consultas e exames realizados após esta solicitação, sendo o custo gerado de responsabilidade da empresa associada.

Por meio deste documento solicito a exclusão de beneficiário(s), conforme preenchido acima.

Assinatura do representante legal pela empresa

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO (PARA USO DO SINDILOJAS POA)

Nome: _____ Data: ____/____/202__

Assinatura do responsável pelo recebimento