

Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG
Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e Dependente

Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.		CNPJ/MF 92.693.118/0001-60	Registro na ANS 005711
Operadora Odontoprev S.A		CNPJ/MF 58.119.199/0001-51	Registro na ANS 30194-9
Cia	Apólice	Subfatura	Nome da empresa/subestipulante

Tipo de Movimentação

1 - Cancelamento do titular 2 - Cancelamento de dependente 3 - Alteração de titular

4 - Alteração de dependente 5 - Inclusão de dependente

Certificado

1- Dados do titular (somente preencher caso alteração / cancelamento do titular)

Matrícula Funcional	Nome		
Preencher somente os dados a serem alterados	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	
RIC (Registro de Identificação Civil)	Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino	Data de Nascim.	Estado Civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 2 - Casado 8 - Outros
CPF/MF	PIS	Cargo/Ocupação	Data de Admissão
Nome da Mãe			

Nova Subfatura	Data (Cancelamento ou Alteração)
----------------	----------------------------------

Motivo do Cancelamento

1 - Desistência 2 - Demissão s/justa causa 3 - Aposentadoria 4 - Falecimento

5 - Duplicidade 6 - A pedido do titular 7 - Demissão 8 - Portabilidade

2 - Dados do cancelamento (somente preencher em caso de Demissão Sem Justa Causa / Aposentadoria do Titular)

Titular contribuiu ¹ para o pagamento do prêmio? <input type="checkbox"/> Sim * <input type="checkbox"/> Não	Caso positivo, por quanto tempo: _____ Meses
Quanto à manutenção no plano oferecido no momento do desligamento ao Titular que contribuiu para o pagamento do prêmio: <input type="checkbox"/> Aceitou <input type="checkbox"/> Recusou	

Assinatura do Segurado Titular

¹ Considera-se contribuição o valor pago pelo empregado, a qualquer tempo, para custear parte ou a integralidade do prêmio do seguro, mesmo que no momento da demissão/aposentaria, o mesmo não esteja contribuindo no pagamento. Não são considerados como contribuições os pagamentos de valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia.

***O cancelamento nestes casos está condicionado à entrega da (s) carta (s) específica (s) preenchida (s) e com as devidas assinaturas (0628-A para apólices do Saúde e 0628-B para apólices do Dental).**

3 - Endereço Residencial do Titular (para correspondência)

Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc)		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	DDD Telefone

Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG
Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e Dependente

4 - Dados do Plano

Código do Plano	Código da Região	Nome da Região	Data da Alteração
-----------------	------------------	----------------	-------------------

5 - Dados Bancários (somente preencher em caso de alteração)

Nome do Banco	Número do Banco	Agência	Dig	Conta-Corrente	Dig
---------------	-----------------	---------	-----	----------------	-----

6 - Dependentes

Favor preencher os devidos campos com os códigos informados abaixo

01	Certificado	Código	Nome
CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino	Estado Civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 2 - Casado 8 - Outros

Parentesco

 1 - Cônjuge 2 - Filho(a) 3 - Mãe 4 - Pai 5 - Sogro (a) 6 - Tutelado (a) 7 - Outros

Nome da Mãe

Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo do Cancelamento <input type="checkbox"/> 1 - Desistência <input type="checkbox"/> 2 - Falecimento <input type="checkbox"/> 3 - Duplicidade <input type="checkbox"/> 4 - A pedido do titular
---	--

CNS (Carteira Nacional de Saúde) DNV (Declaração de Nascido Vivo) RIC (Registro de Identificação Civil)

02	Certificado	Código	Nome
CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino	Estado Civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 2 - Casado 8 - Outros

Parentesco

 1 - Cônjuge 2 - Filho(a) 3 - Mãe 4 - Pai 5 - Sogro (a) 6 - Tutelado (a) 7 - Outros

Nome da Mãe

Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo do Cancelamento <input type="checkbox"/> 1 - Desistência <input type="checkbox"/> 2 - Falecimento <input type="checkbox"/> 3 - Duplicidade <input type="checkbox"/> 4 - A pedido do titular
---	--

CNS (Carteira Nacional de Saúde) DNV (Declaração de Nascido Vivo) RIC (Registro de Identificação Civil)

03	Certificado	Código	Nome
CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino	Estado Civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 2 - Casado 8 - Outros

Parentesco

 1 - Cônjuge 2 - Filho(a) 3 - Mãe 4 - Pai 5 - Sogro (a) 6 - Tutelado (a) 7 - Outros

Nome da Mãe

Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo do Cancelamento <input type="checkbox"/> 1 - Desistência <input type="checkbox"/> 2 - Falecimento <input type="checkbox"/> 3 - Duplicidade <input type="checkbox"/> 4 - A pedido do titular
---	--

CNS (Carteira Nacional de Saúde) DNV (Declaração de Nascido Vivo) RIC (Registro de Identificação Civil)

Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG
Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e Dependente

Dependentes - Continuação

04	Certificado	Código	Nome	
CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino	Estado Civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 2 - Casado 8 - Outros

Parentesco

 1 - Cônjuge 2 - Filho(a) 3 - Mãe 4 - Pai 5 - Sogro (a) 6 - Tutelado (a) 7 - Outros

Nome da Mãe

Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo do Cancelamento <input type="checkbox"/> 1 - Desistência <input type="checkbox"/> 2 - Falecimento <input type="checkbox"/> 3 - Duplicidade <input type="checkbox"/> 4 - A pedido do titular	
CNS (Carteira Nacional de Saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)

05	Certificado	Código	Nome	
CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino	Estado Civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 2 - Casado 8 - Outros

Parentesco

 1 - Cônjuge 2 - Filho(a) 3 - Mãe 4 - Pai 5 - Sogro (a) 6 - Tutelado (a) 7 - Outros

Nome da Mãe

Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo do Cancelamento <input type="checkbox"/> 1 - Desistência <input type="checkbox"/> 2 - Falecimento <input type="checkbox"/> 3 - Duplicidade <input type="checkbox"/> 4 - A pedido do titular	
CNS (Carteira Nacional de Saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)

Informação Importante

Ao beneficiário cancelado é assegurado o direito ao exercício de portabilidade de carências em até 60 dias da extinção do vínculo, na forma prevista na Resolução Normativa - RN nº 438/2018, da ANS.

Declaro a veracidade das informações prestadas neste formulário e autorizo o seu processamento no sistema da Bradesco Saúde.

Assinatura do Estipulante sob carimbo

Fone Fácil Bradesco
Consultas, Informações e Serviços Transacionais.
Capitais e Regiões Metropolitanas: 4002 0022
Demais Localidades: 0800 570 0022
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

SAC - Alô Bradesco: 0800 704 8383
Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099
Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria: 0800 727 9933 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.