

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Ref.: Solicitação de cancelamento**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_,  
solicito à Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. o cancelamento do(s)  
meu(s) contrato(s), referente(s) ao(s) plano(s) de \_\_\_\_\_,  
coletivo(s) por adesão, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. O cancelamento  
se estenderá a todos os eventuais dependentes.

Manifesto, neste ato, interesse na contratação de outro(s) plano(s), coletivo(s)  
por adesão. Estou ciente de que deverei preencher todos os requisitos  
necessários para a(s) contratação(ões) do(s) novo(s) plano(s) de  
\_\_\_\_\_, coletivo(s) por adesão, sob pena de não  
implantação do(s) contrato(s).

Também estou ciente de que, entre o período de cancelamento do(s) plano(s)  
atual(is) e o início de vigência no(s) novo(s) plano(s), não terei cobertura para  
atendimento médico e/ou odontológico.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do beneficiário titular ou de seu representante legal**