

PEDIDO DE CANCELAMENTO DE INVALIDEZ E MORTE

(Requerimento de cancelamento da cobertura adicional de risco de pensão por morte e invalidez)

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

Declaro que tenho ciência de que as contribuições já pagas e repassadas para a 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 invalidez e morte.**

Atenciosamente,

_____	_____/_____/_____ / /	_____
<i>Local</i>	<i>Data</i>	<i>Assinatura</i>