



Requerimento de rescisão contratual por arrependimento.

Nome:

CPF:

Data do pedido da rescisão contratual:

Número do contrato:

Número do beneficiário:

Exerço, neste ato, meu direito de arrependimento, conforme descrito no artigo 49 do Código de Defesa do Consumidor e no artigo 8º, §1º, da Resolução Normativa 413 da ANS, e solicito o cancelamento do contrato _____, de segmentação _____, com vigência iniciada em _____, firmado com a Amil Assistência Médica Internacional S.A.

Tenho ciência de que a rescisão requerida será sem ônus, desde que o plano contratado não tenha sido utilizado por mim ou meus dependentes.

Caso o plano _____ tenha sido utilizado, estou ciente de que a contratada cobrará a utilização, conforme previsto na norma do órgão regulador.

Data:

(assinatura cliente)

amil.com.br

