

Número da Apólice 93.709.676	Número Sub 0	Estipulante Funpresp-Jud	Órgão de vinculação (Patrocinador)		
Nome completo do proponente (sem abreviações)					Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
Data de nascimento	Identidade	Órgão expedidor/UF	Data de expedição	CPF	
Endereço completo			Bairro	Cidade	
UF	CEP	Telefones: (DDD) Residencial	(DDD) Comercial	(DDD) Celular	
Email's (institucional e pessoal)					
Renda Mensal (bruta) R\$		É pessoa politicamente exposta? ¹ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Profissão (cargo efetivo)		
Aposentado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Tipo de aposentadoria <input type="radio"/> Tempo de serviço <input type="radio"/> Por idade <input type="radio"/> Por Invalidez		Causa da aposentadoria por invalidez		

SOLICITO o cancelamento da **Cobertura Adicional de Risco (CAR)**, conforme segue:

- Morte natural ou acidental;** e/ou
- Invalidez permanente e total.**

DECLARO estar ciente de que, caso:

- não tenha realizado o pagamento da contribuição CAR no mês do pedido, a exclusão da apólice/cobertura ocorreu no último dia do mês imediatamente anterior; ou
- tenha realizado o pagamento da contribuição CAR no mês do pedido, a exclusão ocorrerá no último dia do mês corrente.

DECLARO, ainda, estar ciente de que, após o cancelamento, a CAR não pode ser reativada. Contudo, o participante poderá contratar novamente o produto, preenchendo uma nova proposta de contratação da CAR.

_____, ____/____/____. _____
Local e data Assinatura do(a) participante

Campos a ser preenchido e assinado pelo Responsável da Área de Pessoal do Órgão ou da Funpresp-Jud:

_____, ____/____/____. _____
Local e data do protocolo Carimbo e assinatura do responsável