

Nº da Apólice 93.759.401	Nº Sub 0	Estipulante Funpresp-Jud	Órgão de vinculação (Patrocinador)	
Nome completo do proponente (sem abreviações)			Data de nascimento	
Nome Social ¹ (preenchimento facultativo)			CPF	
Endereço completo			Bairro	
Cidade	UF	CEP	Telefones: (DDD) Celular	(DDD)Residencial/Comercial

Email's (institucional e pessoal)

1. Nome que respeita a identidade de gênero da pessoa e pelo qual ela é identificada, diferindo do nome de registro.

SOLICITO o cancelamento da Cobertura Adicional de Risco (CAR), abaixo indicada(s):

- 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 respectivo mês.

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.

_____, ____/____/____. _____
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