

PEDIDO DE CANCELAMENTO DE INVALIDEZ

(Requerimento de cancelamento da cobertura adicional de risco de aposentadoria por invalidez total e permanente)

Eu, _____
inscrito no CPF: _____, venho, pelo presente instrumento
requerer o cancelamento das minhas contribuições pertinentes **ao adicional de
risco invalidez.**

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 do risco contratado.

Declaro, ainda, que a partir da presente data **estou descoberto no tocante à
cobertura adicional do risco de aposentadoria por invalidez total e
permanente.**

Atenciosamente,

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