TERMO DE SEPARAÇÃO DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

Copass Saúde

Eu, _____, portador do CPF nº _____, residente e domiciliado _____, nº _____, complemento _____, bairro _____, município de _____, no estado de _____, com o CEP nº _____, telefone (____) _____, E-mail _____ e titular do plano:

☐ Copass Completo Ativos – registro ANS nº 472.779/14-7; Copass

☐ Completo Assistido – registro – ANS nº 472.778/14-9.

Solicito a separação de cobrança e responsabilidade financeira do plano de saúde do meu dependente especial e maior de idade, em conjunto com todo o seu respectivo grupo familiar já inscrito no plano Copass Completo Dependente Familiar – registro ANS nº 490.715/21-9 ou Copass Essencial Dependente Familiar – registro ANS nº 504.751/25-0 e plano Odontológico caso esteja vinculado, devidamente discriminado a seguir:

Nome do Dependente Especial:			
Endereço:		Número	Complemento
Bairro:		Cidade	CEP
Telefone Celular:	Telefone Ramal:	E-mail:	

Grupo familiar pelo qual o Dependente Especial acima identificado passa a se responsabilizar:

Nome: _____ CPF: _____

Nome: _____ CPF: _____

Nome: _____ CPF: _____

Nome: _____ CPF: _____

Declaro, ainda, estar ciente que as respectivas cobranças financeiras serão emitidas por boleto bancário e destinadas para o endereço do Dependente Especial a partir da data de hoje, além do dependente supracitado assumir a responsabilidade financeira de futuras adesões de beneficiários da sua respectiva descendência direta.

Por fim, declaro ter conhecimento das consequências da inadimplência e das regras de exclusão, dentre outras, previstas no referido Regulamento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Titular

Assinatura do Dependente Especial

Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - COPASS SAÚDE
Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG
Fones: (31) 3298-5800 | E-mail: cadastro@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8