

DECLARAÇÃO

Declaro, para todos os fins, que a UNIMED FOZ DO IGUAÇU me ofereceu no momento da aquisição do plano de saúde o opcional **OBSTETRÍCIA** para a(s) beneficiária(s) minha(s) dependente(s) abaixo relacionada(s):

NOME BENEFICIÁRIA	Nº RG
1 -	
2 -	
3 -	
4 -	

Eu, por livre e espontânea vontade, **RECUSO** este opcional de **OBSTETRÍCIA** e declaro estar ciente de que a(s) beneficiária(s) sem o pacote obstétrico não terá(ão) cobertura para os respectivos procedimentos inclusos neste opcional, inclusive para o procedimento CURETAGEM, PARTO E CESARIANA, e de que a criança nascida sem cobertura deste pacote não terá direito à redução de carência.

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de 20____

TITULAR DO PLANO

Nome:
RG:
CPF: