

TERMO DE ALTERAÇÃO DE DADOS

Eu, _____, portador do RG nº _____ e
CPF _____, Venho por meio desta solicitar que seja feita a alteração dos dados cadastrais da
Contratante.

CONTRATANTE: _____, sediada na
_____, nº _____, cidade de _____ -
_____ - (UF).

CONTRATO Nº: _____ (número registrado na Operadora).
PRODUTO CONTRATADO Nº: _____ (registro na ANS).

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

- () Alteração de endereço de **faturamento** (boleto e nota fiscal) (anexar: comprovante de endereço);
() Alteração endereço, telefone e e-mail, apenas **para efeito de correspondência** (anexar: comprovante de endereço);
() Outro motivo*: _____.
() Deseja aderir boleto digital.

Observação: A UNIMED poderá solicitar outros documentos que julgar necessários para comprovação da situação cadastral, conforme exigência da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

DADOS A SEREM ALTERADOS:

(RUA/AV): _____ Nº: _____
CEP: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____
TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

DECLARAÇÃO:

Declaro, para todos os fins de direito e a quem possa interessar, que me responsabilizo junto à UNIMED RONDONÓPOLIS, operadora de plano de saúde com quem contratei o plano acima informado, estando ciente de que a alteração visa ao motivo elencado. Concordo que os comunicados e notificações, como inadimplência de mensalidade ou informações de interesse particular, serão encaminhados conforme os dados informados, responsabilizando-me por sua veracidade.

Declaro estar ciente e autorizo a empresa a realizar a alteração solicitada, compreendendo que meus dados pessoais serão tratados de acordo com as diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (Lei nº 13.709/2018).

Assinatura do Responsável Legal
Carimbo CNPJ da Empresa

