

RECIBO

Declaro que recebi (emos) a importância de R\$ _____
(_____)

referente à intermediação para contratação do plano de saúde, conforme ficha de encaminhamento para perícia médica, em nome do Proponente _____

CPF _____

O pagamento supramencionado foi efetuado, por _____

_____, na qualidade de:

Proponente Titular ou

Responsável Financeiro, da seguinte forma:

Moeda corrente (dinheiro)

Cheque N° do cheque _____ a agência _____ Do banco _____.

Cartão de Débito / Crédito N° do cartão _____ Validade _____.

Atenção: O pagamento da taxa de angariação não se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira e das demais mensalidades do benefício, as quais serão arrecadadas pela Administradora de Benefícios e darão direito às coberturas decorrentes da contratação do plano.

Em caso de não aceitação da Proposta de Adesão, a ser preenchida na Operadora, essa taxa será integralmente devolvida pelo vendedor ao proponente titular.

_____ / ____ / ____
Local Data

Nome do Vendedor: _____

CPF do Vendedor: _____

Assinatura do Vendedor: _____

Corretora Credenciada: _____

CNPJ da Corretora Credenciada: _____