**FORMULÁRIO DE LIVRE RESOLUÇÃO (MODELO)**

Nome do Aderente (Tomador)

Morada completa

Número de Cartão Aderente/NIF

**HCAS – Healthcare Assistance, S.A**

Rua da Misericórdia, nºs 12 a 20 - 4.º, Escritório 10

1200-273 Lisboa

Carta Registada com aviso de receção

**Assunto**: Resolução do Plano de Saúde Healthcare Assistance

Exmos. Senhores,

Pela presente comunico a V. Exas que é minha pretensão resolver o contrato que originou o Plano de Saúde Healthcare Assistance – [**escolher a opção do plano** (Smile; Global Card; Global S; Safe Pet)], celebrado no dia \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me apresentando os meus melhores cumprimentos,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura manuscrita)