**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO MOTIVADO PELA PJ CONTRATANTE**

**PLANOS COLETIVOS**

**1 . DADOS DA OPERADORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPERADORA**Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense | **CNPJ**85.283.299/0001-91 | **REGISTRO ANS**354295 |

**2 . DADOS DO(A) CONTRATANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** | **N° CONTRATO**  |

**3. DADOS DOS TITULARES E/OU DEPENDENTE(S) EXCLUÍDOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicitamos a exclusão dos beneficiários abaixo relacionados, vinculados à contratante acima especificada. Ocorrendo a exclusão de beneficiários titulares consequentemente os dependentes serão excluídos.** | **DATA DE EXCLUSÃO**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| **Motivo** | **Código beneficiário** | **Nome** | **Data do óbito\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| \*Quando a exclusão for pelo motivo 73 é obrigatório preencher a data do óbito e apresentar a certidão de óbito à operadora e o a exclusão terá efeito a partir do dia seguinte ao falecimento do beneficiário. |
| **MOTIVOS DE EXCLUSÃO** |
| **70** | Desligamento da empresa e/ou associado |
| **76** | Transferência ou mudança de plano na mesma Unimed |
| **73** | Óbito\* |
| **88** | Motivado pela PJ contratante (Cancelamento do Contrato)  |
| **VENDEDOR** | **N°** |

Na qualidade de representante da Pessoa Jurídica Contratante, declaro para os devidos fins de direito que os beneficiários acima relacionados **não fazem jus ao direito de manutenção do plano na condição de ex-empregado nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656 e Resolução Normativa nº 279, devido:**

**( )** **não terem contribuído financeiramente** no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde coletivo empresarial pré-pagamento;

**( )** **o motivo de rescisão do contrato de trabalho** não assegurar o benefício, em razão de: demissão com justa causa; pedido de demissão por iniciativa do empregado; ou adesão ao Programa de Demissão voluntária-PDV;

**( )** estar inscrito em plano **coletivo por adesão**;

**Declaro ainda, que estas informações foram devidamente repassadas aos beneficiário titular.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSINATURA E CARIMBO DO(A) CONTRATANTE** |  | **DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.** |