**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO – COLETIVO POR ADESÃO**

*uso exclusivo para os casos de mudança de plano ou óbito*

**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 DO(A) TITULAR**

|  |
| --- |
| **NOME COMPLETO (sem abreviações)** |
| **E-MAIL** |
| **TELEFONE CELULAR** ( )  | **TELEFONE RESIDENCIAL** ( ) | **TELEFONE COMERCIAL** ( ) |

**4. DADOS DO TITULAR E/OU DEPENDENTE(S) EXCLUÍDOS**

|  |  |
| --- | --- |
| [x] Exclusão do(s) dependente(s) abaixo; [ ] Exclusão do titular e dependente(s); ou[ ] Exclusão do titular falecido, sendo transferida a titularidade para um dos dependentes já inscritos no plano, formalizado via Termo Aditivo. | **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** |
| **73** | Óbito\* |
| **76** | Transferência ou mudança de plano na mesma Unimed |

**4. CIÊNCIA**

|  |
| --- |
| **Estou ciente que:** 1. O não pagamento dos valores devidos, mensalidades não pagas e/ou coparticipações devidas pela utilização de serviços já realizados, ensejará no encaminhamento do seu nome aos órgãos de proteção ao crédito;
2. A exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar regulamentado ou adaptado não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos com capacidade civil, o direito à manutenção do contrato, com a assunção das obrigações decorrentes;
3. Em caso de óbito do titular inscrito no plano como ex-empregado nos termos da Lei 9656/98, os dependentes inscritos podem assumir a responsabilidade do plano pelo período remanescente;
4. Como responsável por este contrato, comprometo-me a informar os dependentes sobre este direito.
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSINATURA DO(A) TITULAR/RESPONSÁVEL** |  | **DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** |