

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO – COLETIVO POR ADESÃO

Uso exclusivo para os casos de mudança de plano ou óbito - **Fatura emitida direto ao titular**

1. DADOS DA OPERADORA

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

2. DADOS DO (A) TITULAR OU QUANDO MENOR RESPONSÁVEL FINANCEIRO

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

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

<input type="checkbox"/> Exclusão do(s) dependente(s) abaixo; <input type="checkbox"/> Exclusão do titular e dependente(s); ou <input type="checkbox"/> 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 <u>data do óbito e apresentar a certidão de óbito</u> 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

<p>Estou ciente que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <u>contrato individual ou familiar regulamentado ou adaptado</u> 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 <u>ex-empregado nos termos da Lei 9656/98</u>, 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: ____/____/____