**FICHA DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS (Coletivo Empresarial)**

|  |
| --- |
| **RAZÃO SOCIAL CONTRATANTE:** |
| **Data:       Fones p/ Contato:** |

**IDENTIFICAÇÃO DOS DADOS COMO PREENCHER**

|  |
| --- |
| **Informar o motivo de exclusão conforme a solicitação do beneficiário/contratante:**  **MOTIVOS:**  **91 – A pedido da contratante \*98 – A pedido do beneficiário**  **\*\*99 – Desligamento s/ justa causa com contribuição \*\*100 – Por aposentadoria com contribuição**  **101 – Condição financeira 103 – Óbito**  **104 –Troca por outro plano Unimed Pelotas 105 – Migração para outra operadora de saúde 106– Insatisfação com os serviços**  \* quando utilizado o motivo **98** o beneficiário deve preencher o formulário “ **Solicitação de Exclusão de Plano Coletivo Empresarial a Pedido do Beneficiário**”.  **\*\*** quando utilizado os motivos **99 e 100** o beneficiário deve preencher o formulário “**Termo de Opção para manutenção da condição de beneficiário em plano de saúde coletivo, conforme artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e RN nº 279/2011**”. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME DO BENEFICIÁRIO: |  | | | | | | |
| PLANO: |  | | | | | MOTIVO EXCLUSÃO |  |
| DATA NASCIMENTO: |  | CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO: | | |  | | |
| ENDEREÇO: |  | | | | | | |
| BAIRRO: |  | | CIDADE: | |  | | |
| CEP: |  | | E-MAIL: |  | | | |
| TELEF. CELULAR: |  | TELEFONE RESIDENCIAL: | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME DO BENEFICIÁRIO: |  | | | | | | |
| PLANO: |  | | | | | MOTIVO EXCLUSÃO |  |
| DATA NASCIMENTO: |  | CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO: | | |  | | |
| ENDEREÇO: |  | | | | | | |
| BAIRRO: |  | | CIDADE: | |  | | |
| CEP: |  | | E-MAIL: |  | | | |
| TELEF. CELULAR: |  | TELEFONE RESIDENCIAL: | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME DO BENEFICIÁRIO: |  | | | | | | |
| PLANO: |  | | | | | MOTIVO EXCLUSÃO |  |
| DATA NASCIMENTO: |  | CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO: | | |  | | |
| ENDEREÇO: |  | | | | | | |
| BAIRRO: |  | | CIDADE: | |  | | |
| CEP: |  | | E-MAIL: |  | | | |
| TELEF. CELULAR: |  | TELEFONE RESIDENCIAL: | | |  | | |

**Obs.: Somente serão aceitos cancelamentos de planos com a devida atualização cadastral do endereço e demais dados de contato do beneficiário.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSINATURA DO RESPONSÁVEL E CARIMBO DO CONTRATANTE**  **----------------------- ----/----/----** | **ASSINATURA DO RESPONSÁVEL E CARIMBO DA CONTRATADA**  **---------------------- ----/----/----** | **1º VIA CONTRATADA**  **2º VIA CONTRATANTE** |

**Atenção:É indispensável a devolução da carteira na Exclusão**