

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO MOTIVADO PELA PJ CONTRATANTE PLANOS COLETIVOS

1. DADOS DA OPERADORA

OPERADORA UNIMED ALTO VALE	CNPJ 00.381.694/0001-54
-------------------------------	----------------------------

É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DOS ITENS INDICADOS EM VERMELHO E QUE CONSTEM ASTERISCO*

2. DADOS DO(A) CONTRATANTE*

2. É NECESSÁRIO PREENCHER COM O NOME DA EMPRESA EM QUE O BENEFICIÁRIO A SER EXCLUÍDO ESTÁ VINCULADO.

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE*	Nº CONTRATO
------------------------------	-------------

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

Solicitamos a exclusão dos beneficiários abaixo relacionados acima especificada. Ocorrendo a exclusão de beneficiários, os dependentes serão excluídos.

A DATA DE EXCLUSÃO SERÁ SEMPRE O DIA PRIMEIRO DO MÊS SEGUINTE A ENTREGA DO FORMULÁRIO.

DATA DE EXCLUSÃO*

____/____/____

Motivo*	Código beneficiário*	Nome*	Data do óbito*

EX.: SE O FORMULÁRIO FOR ENTREGUE NO DIA 12/05/2021 A EXCLUSÃO SERÁ PROCESSADA PARA 01/06/2021.

ATENÇÃO
CASO A EXCLUSÃO SEJA DE TITULAR DEVE-SE PREENCHER TAMBÉM OS DADOS DOS DEPENDENTES.

3. PREENCHER OS DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) QUE SERÁ EXCLUÍDO.

*Quando a exclusão for pelo motivo 73 é obrigatório preencher a data do óbito e apresentar a certidão de óbito à operadora e a exclusão terá efeito a partir do dia seguinte ao falecimento do beneficiário.

MOTIVOS DE EXCLUSÃO

70	Desligamento da empresa e/ou associado	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">DICA: O MOTIVO 85 DEVE SER UTILIZADO QUANDO A EXCLUSÃO É POR MOTIVO PESSOAL E O TITULAR CONTINUARÁ VINCULADO AO CNPJ DA EMPRESA.</p> </div>
71	Dependente - Perda de vínculo com o beneficiário titular	
75	Contratação de plano em outra operadora	
76	Migração ou mudança de plano na mesma Unimed/operadora	
73	Óbito*	
85	Motivado pela PJ contratante	

VENDEDOR	Nº
----------	----

NESTE CASO, SE A EXCLUSÃO FOR DO TITULAR DEVERÁ SER ASSINALADO A OPÇÃO:

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; pedido de demissão por iniciativa do empregado; ou adesão ao Plano;
- () estar inscrito em plano **coletivo por adesão**;
- () estar inscrito em plano coletivo empresarial **pós pagamento** na modalidade de adesão;
- () beneficiário permanecer vinculado à Pessoa Jurídica Contratante.

QUANDO A EXCLUSÃO FOR DE TITULAR PELO MOTIVO 70 OU 85 É NECESSÁRIO ASSINALAR UM DOS MOTIVOS AO LADO DESCRITOS, QUE JUSTIFIQUE O MOTIVO DE O MESMO NÃO POSSUIR DIREITO AO BENEFÍCIO DOS INATIVOS.

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

OS REQUISITOS DO DIREITO AO BENEFÍCIO DOS INATIVOS ENCONTRAM-SE DISPONÍVEIS NO BLOG RH

ASSINATURA DO(A) CONTRATANTE*

ASSINATURA DA EMPRESA

DATA: ____/____/____.

DATA DA ASSINATURA DO FORMULÁRIO

Informar email da pessoa que será excluída*: _____