EXCLUSÃO BENEFICIÁRIOS PLANOS DENTALPREV

Contratante: **AEMFLO – Associação Empresarial da Região Metropolitana de Florianópolis**

Empresa:	Contrato N.º

MOTIVO DA EXCLUSÃO

☐ Exclusão solicitada P/Financeiro/Aemflo	☐ Viagem ao exterior	☐ Empresa foi vendida/Encerramento das atividades
☐ Exclusão solicitada P/Ações Estrat./Aemflo	☐ Inadimplência	☐ Motivos particulares
☐ Demissão/Exonerado (sem justa causa) Motivada	☐ Divórcio	☐ Mudança para outro Município/Estado ou ASSOCIAÇÃO
☐ Demissão (com justa causa)	☐ Óbito	☐ Não atendimento das expectativas
☐ Pedido de demissão – Imotivada	☐ Mudou para outra operadora	☐ Não utiliza os serviços
☐ Aposentado	☐ Cadastrou outra empresa/Alterou CNPJ	☐ Redução de despesas

DADOS DO (A) TITULAR E/OU DOS DEPENDENTES

Data Exclusão:

NOME	Devolução Cartão
	☐ Sim ☐ Não
	☐ Sim ☐ Não
	☐ Sim ☐ Não
	☐ Sim ☐ Não
	☐ Sim ☐ Não
	☐ Sim ☐ Não
	☐ Sim ☐ Não
	☐ Sim ☐ Não
	☐ Sim ☐ Não

OBSERVAÇÕES

***ATENÇÃO**: **O Cancelamento do plano contratado, não exime a empresa associada do pagamento de todas as parcelas e valores ainda pendentes inclusive as co-participações.*

**A Exclusão dos beneficiários e o recolhimento dos cartões é de responsabilidade da empresa associada sob pena de não o fazendo, responder integralmente pelos prejuízos advindos de uso das mesmas conforme Contrato.

***QUESTIONÁRIO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

1) O titular contribuiu no pagamento da mensalidade do seu plano? ☐ SIM ☐NÂO

2) Qual o tempo de contribuição? Meses.

3) Motivo da rescisão do contrato de trabalho: ☐ demissão sem justa causa ☐ aposentadoria ☐ Outros (sem direito ao benefício do plano de inativo).

Em caso de demissão, informar, se o beneficiário se aposentou pela empresa Contratante e continuou trabalhando sem interrupção do contrato de trabalho: ☐ SIM ☐NÂO

4) O ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário, na condição de demitido ou aposentado? ☐ SIM ☐NÂO

Obs.: *Devem ser consideradas as contribuições do titular em planos anteriores mantidos pelo mesmo empregador em pré-pagamento ou pós-pagamento na opção rateio, com a mesma operadora ou em outra, desde que não tenha havido interrupção entre os planos.*

IMPORTANTE: Em caso de demissão ou aposentadoria, a exclusão só será processada mediante apresentação do comprovante de ciência do beneficiário sobre o direito à manutenção do plano de saúde, na condição de ex-empregado, previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e RN 279/11.

Carimbo da Empresa – Preferencialmente CNPJ

_____

Assinatura do Responsável legal da Empresa

Local e data: ..... de ..... 20.....