

## EXCLUSÃO BENEFICIÁRIOS PLANOS UNIODONTO

<b>Contratante: AEMFLO – Associação Empresarial da Região Metropolitana de Florianópolis</b>		
Empresa:	Contrato N.º	
MOTIVO DA EXCLUSÃO		
<input type="checkbox"/> Exclusão solicitada P/Financeiro/Aemflo <input type="checkbox"/> Exclusão solicitada P/Ações Estrat./Aemflo <input type="checkbox"/> Desligamento do funcionário Empresa <input type="checkbox"/> Viagem ao exterior <input type="checkbox"/> Inadimplência	<input type="checkbox"/> Divórcio <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Mudou para outra operadora <input type="checkbox"/> Cadastrou outra empresa/Alterou CNPJ <input type="checkbox"/> Empresa foi vendida/Encerramento das atividades	<input type="checkbox"/> Motivos particulares <input type="checkbox"/> Mudança para outro Município/Estado ou ASSOCIAÇÃO <input type="checkbox"/> Não atendimento das expectativas <input type="checkbox"/> Não utiliza os serviços <input type="checkbox"/> Redução de despesas
DADOS DO (A) TITULAR E/OU DOS DEPENDENTES		
Data Exclusão:		
NOME	Devolução Cartão	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
OBSERVAÇÕES		
<p><b>ATENÇÃO:</b> *O Cancelamento do plano contratado, não exige a empresa associada do pagamento de todas as parcelas e valores ainda pendentes inclusive as co-participações.</p> <p>**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.</p>		
*QUESTIONÁRIO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO		
1)	O titular contribuiu no pagamento da mensalidade do seu plano? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
2)	Qual o tempo de contribuição?                      Meses.	
3)	Motivo da rescisão do contrato de trabalho: <input type="checkbox"/> demissão sem justa causa <input type="checkbox"/> aposentadoria <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
4)	O ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário, na condição de demitido ou aposentado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>Obs.:</b> 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.		
<b>IMPORTANTE:</b> 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.		

## EXCLUSÃO BENEFICIÁRIOS PLANOS UNIODONTO

Carimbo da Empresa – Preferencialmente CNPJ

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável legal da Empresa

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