***Atenção:***

***\* Preenchimento Obrigatório de todos os campos do Formulário;***

***\* A exclusão do beneficiário Titular implicará na exclusão de seus dependentes e/ou agregados;***

***\* A assinatura do beneficiário Titular deverá ser conforme documento de Identidade;***

***\* Esse formulário deverá ser impresso e assinado em duas vias, sendo uma da empresa contratante e outra do Titular.***

|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICÍARIO - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL** |

Data da Solicitação:      /     /      Horário da Solicitação:      :

|  |
| --- |
| **DADOS DA CONTRATANTE** |

Razão Social:

CNPJ:      -      Código contrato Unimed:      -

|  |
| --- |
| **DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR** |

Nome Completo:

CPF:      -      Data de Nascimento:      /     /

Telefone Residencial: ( )       Telefone Comercial: ( )      Ramal:

Telefone Celular: ( )       Telefone Celular: ( )

Endereço Residencial:

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR** |

Eu      , solicito espontaneamente a do plano de saúde denominado “NOME DO PLANO”.

|  |
| --- |
| **DEPENDENTES** |



**Declaro estar ciente que, essa solicitação é em caráter irrevogável e será processada de imediato a partir da ciência da operadora e que, as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por minha conta.**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ASSINATURA E CARIMBO)  **CONTRATANTE** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **BENEFICIÁRIO TITULAR** |