**EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS**

**(COLETIVO POR ADESÃO)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MODALIDADE: | 32 | | | | | PROPOSTA: | 0001 | | | |
| CONTRATANTE: | | Associação Brasileira de Indústrias e Fornecedores - **UNINDUSTRIA** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| NOME DOS BENEFICIÁRIOS  (TITULARES E DEPENDENTES) | | | | | CÓDIGO | | | MOTIVO N° | cC |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  |
| **MOTIVO P/EXCLUSÃO**  1 – DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA  2 – DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA  3 – DEMISSÃO POR APOSENTADORIA  4 – ÓBITO  5 – SEM CONDIÇÕES FINANCEIRAS  6 – OUTROS | | | OBS.:   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
| - As exclusões deverão ser preenchidas com todas as informações no formulário entregue pela UNIMED ERECHIM.  - Não será possível excluir somente o titular, quando tiver dependentes cadastrados no mesmo código.  - Se pedidos de exclusão não vierem acompanhados pelos cartões dos beneficiários a serem excluídos, a empresa contratante será responsável por qualquer utilização que este venha a efetuar após o cancelamento.  - Todas as exclusões devem ser entregues até o dia 20 do mês para ser efetuado o cancelamento no dia 1° do mês seguinte. | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e assinatura do contratante ou seu representante | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | |

Recebido em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_