

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO OU CANCELAMENTO
PESSOA JURIDICA

CONTRATO/PLANO Nº _____

Contratante: _____ Nº CNPJ: _____

Vimos com o presente, solicitar a exclusão do(s) beneficiário(s) relacionado(s) abaixo:

() Cancelamento do plano () Exclusão de dependente

1- Dados do Titular

Nome _____ CPF _____

2- Beneficiários dependentes:

1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

5: _____

6: _____

3- Motivo da exclusão/cancelamento

() Demissão voluntária

() Demissão/exoneração sem justa causa

() Demissão/exoneração com justa causa

() Rescisão do contrato – Data da rescisão ____/____/____

() Aposentadoria

() Aposentadoria com continuidade do contrato na empresa (art. 22 RN 279)

() Financeiro

() Óbito

() Perda da condição de dependente

() Por solicitação do Titular

() Outros – Citar: _____

4- Contribuição

() O beneficiário titular contribui no pagamento da mensalidade do plano em _____%

() Tempo de Contribuição – meses: Atual: _____mês(es) Anterior _____mês(es)

() O beneficiário titular não contribui no pagamento da mensalidade do plano.

5- Opção do ex-empregado:

() Optou pela manutenção como beneficiário

() Optou pela manutenção como beneficiário e foi mantido no plano de Ativos

() Recusou a manutenção como beneficiário

Atenção! Não será processada a exclusão de beneficiário ocorrida sem as informações acima em razão das penalidades previstas na RN nº 124, de 30 de março de 2006.

A exclusão do titular exclui automaticamente os seus dependentes

Data e local

Assinatura do titular

Assinatura da Contratante
