

DADOS CADASTRAIS

Razão Social: _____

Nome do funcionário/Titular (sem abreviação): _____

CPF: _____ Código do cartão: _____

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO Exclusão do titular e de todos os dependentes Exclusão somente dos dependentes abaixo relacionados

	Nome do(s) dependente(s) (sem abreviação)	Código do cartão:
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____

Obs.: Caso não seja devolvido o cartão, serão repassados à empresa os custos do uso indevido do mesmo.

MOTIVO¹ DA EXCLUSÃO (USO EXCLUSIVO DA EMPRESA) Demitido sem justa causa (acordo entre as partes) ou aposentadoria Demitido por justa causa Pedido de demissão
 Sem interesse em permanecer no plano Óbito¹Marcar apenas uma opção.**O titular contribuía no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde²?** Não Sim **Quanto tempo contribuiu?** _____**O titular optou pela manutenção do plano de saúde na condição de inativo?** Não Sim²Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado para custear parte ou a integridade da mensalidade do seu plano de saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.**TERMO DE COMUNICAÇÃO AO BENEFICIÁRIO****SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO:** Caso a empresa contratante não repasse este requerimento para a Doctor Clin, em até 30(trinta) dias, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à Operadora, estando ciente das consequências advindas da sua solicitação, nos termos do art. 15 da RN 412/2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, disponível para consulta no site da Doctor Clin (www.doctorclin.com.br).**DEMITIDO/EXONERADO SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADO QUE CONTRIBUÍA PARA O PLANO DE SAÚDE:** o beneficiário, nas condições da legislação aplicável, tem a opção de permanecer no plano de saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato do trabalho, desde que assuma integralmente os pagamentos das pertinentes mensalidades e coparticipações. para mais informações e adesão, encontra-se disponível no site da Doctor Clin a SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE NA CONDIÇÃO DE INATIVO, que deverá ser preenchida e entregue na Operadora com os documentos indicados na mesma.**Os documentos mencionados devem ser entregues no prazo máximo de 30 dias a contar da comunicação do aviso prévio (a ser cumprido ou indenizado), ou da aposentadoria, sendo que, expirado este prazo, o beneficiário perderá o direito de manutenção no plano de saúde.**

Todos os campos são de preenchimento obrigatório. Os dados informados são de responsabilidade do cliente.

A efetivação da solicitação está condicionada ao correto preenchimento do formulário, bem como o recebimento do mesmo pela Operadora.

Local e Data: _____, ____/____/____

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura beneficiário titular_____
Empresa contratante – assinatura_____
Recebimento/Doctor Clin – Nome/carimbo