

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

Data: ____/____/____

Empresa: FUNDEPES

Beneficiário titular: _____

CANCELAMENTO:

() Titular () Dependente () Agregado () Todos

MOTIVO: Demissão () Solicitação do titular ()

Nome do(s) beneficiário(s) a ser(em) excluído(s):

1. _____
2. _____
3. _____

Mais informações:

1. O beneficiário optou pelo cancelamento do plano () Sim () Não
2. O beneficiário foi demitido ou exonerado por justa causa () Sim () Não
3. O beneficiário demitido sem justa causa é aposentado () Sim () Não
4. O beneficiário permaneceu no mínimo 12 meses no plano () Sim () Não
5. O ex-empregado optou por continuar no plano Pessoa Física () Sim () Não

Observações:

Assinatura da empresa (RH)

Assinatura do titular

Consultor responsável: _____

Data da entrega na Uniodonto ____/____/____

GCS FEV/2018