

Identificação do Titular: _____
 Matrícula: _____ Tipo de plano: _____ Lotação: _____

Na SEGUROS UNIMED não há cobrança ou devolução pro rata, tampouco exclusão retroativa.

Desejo proceder a **exclusão** dos segurados abaixo discriminados, a partir de 1º / ____ / _____
(ATENÇÃO! Os associados, cujos nomes forem preenchidos nos campos abaixo serão excluídos do Plano de Saúde)

Titular	ATENÇÃO! Somente preencha esse campo, caso deseje excluir o titular. Nome do Titular: _____
----------------	---

Dependentes Diretos	ATENÇÃO! Somente preencha esse(s) campo(s), caso deseje excluir o(s) dependente(s) mencionado(s). Cônjuge/Companheiro(a): _____
	Dependente 1: _____ Parentesco: () filho menor de 18 anos; () filho entre 18 e 24 anos; () enteado; () menor sob guarda; () filho maior inválido; () outros: _____
	Dependente 2: _____ Parentesco: () filho menor de 18 anos; () filho entre 18 e 24 anos; () enteado; () menor sob guarda; () filho maior inválido; () outros: _____
	Dependente 3: _____ Parentesco: () filho menor de 18 anos; () filho entre 18 e 24 anos; () enteado; () menor sob guarda; () filho maior inválido; () outros: _____
	Dependente 4: _____ Parentesco: () filho menor de 18 anos; () filho entre 18 e 24 anos; () enteado; () menor sob guarda; () filho maior inválido; () outros: _____
	Dependente 5: _____ Parentesco: () filho menor de 18 anos; () filho entre 18 e 24 anos; () enteado; () menor sob guarda; () filho maior inválido; () outros: _____

Estou ciente de que a exclusão do titular implica também a exclusão de todos os dependentes, sejam eles dependentes diretos, agregados ou dependentes econômicos. Comprometo-me ainda a devolver as carteiras à SEBEN/SGP em até 3 dias após a data de vigência da exclusão.

Ass. Titular: _____ em ____ / ____ / ____