

REGRA: CONTRATO E BENEFÍCIO PARA EX-FUNCIONÁRIO (INATIVO)

**FICHA DE OCORRÊNCIA DO TERMO DE OPÇÃO PELA PERMANÊNCIA EM CONTRATO COLETIVO
(EX- EMPREGADO) – ANEXO 4**

Eu, _____, responsável pelo contrato de ex-funcionário em anexo, desejo que seja realizada a minha inclusão e de meus dependentes conforme descrito e **sinalizado** na tabela abaixo:

NOME		ASSISTENCIAL	AEROMÉDICO	ODONTOLOGIA
Titular				
D1				
D2				
D3				
D4				

Declaro também estar ciente que o valor da mensalidade será conforme tabela abaixo:

Valor e acomodação por Beneficiário (preencher os valores por beneficiário nos respectivos campos)						Total	
Mensalidade		Titular	Dep 1	Dep 2	Dep 3	Dep 4	O campo abaixo deve ser preenchido com o valor total para titular e dependentes
Odontologia	Rede Dental						
	Unimed Odonto						
	Odontoprev						
Aeromédico							

Importante: O módulo Aeromédico somente poderá ser mantido no plano de ex-funcionário caso a empresa contratante possua o módulo cadastrado no Contrato de ex-funcionário do produto do beneficiário.

Demais informações necessárias:

Revenda: _____ Vendedor: _____

Belo Horizonte, _____ de _____, de 20 ____.

Assinatura (deve ser igual à do documento de identificação apresentado)