



Olá,

Conforme solicitado, encaminhamos o documento de requisição de alteração de corretora.

Veja abaixo as instruções para preenchimento:

- o Complete os campos destacados em amarelo.
- o O documento deverá ser enviado via correios à Unimed-Rio, em papel timbrado da empresa contratante, aos cuidados da Área de Relacionamento de Produtos Massificados, no endereço Av. Cidade de Lima, 86 – 7º andar – Santo Cristo, Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20220-710.
- o Para confirmar o recebimento do documento, por favor, entre em contato após 5 dias úteis com nossa Central de Atendimento à Empresas 3861-9051.

Regras para troca de corretor:

1 - **No aniversário do contrato** - necessário carta original com firma reconhecida da assinatura da empresa contratante, 30 (trinta dias de antecedência do aniversário).

2 - **Fora do aniversário do contrato** - necessário carta original com firma reconhecida da assinatura da empresa contratante, da corretora nomeada e da corretora destituída. Informando que a corretora destituída renuncia à comissão em favor da corretora nomeada.

Observações:

1 - Se recebermos a carta fora do mês de renovação, a troca será programada para o próximo aniversário, sem tratativa de forma retroativa;

2 - Se corretora atual destituída abrir mão da comissão, devemos utilizar o modelo e instruções adequadas e podemos alterar fora do mês de aniversário.

3 - Se recebermos a carta no mês de aniversário, sem a antecedência prévia de 30 (trinta) dias, o pagamento da comissão poderá ocorrer no mês subsequente, sem retroatividade, em razão do pagamento já ocorrido a corretora destituída. Ou a corretora atual precisará dar concordância.

Conte sempre conosco. Estamos à disposição para esclarecer todas as dúvidas sobre seu plano de saúde.

Atenciosamente,

Unimed-Rio
Central de Atendimento a empresas

2 a 29 vidas 3861-9051 | Todos os dias da semana de 7 às 22h

MODELO NOMEAÇÃO MÊS DO ANIVERSÁRIO

LOGO DA EMPRESA

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

À Unimed-Rio.

Solicitamos que a administração de nosso contrato de assistência médica de número _____, firmado entre a empresa _____, inscrita no CNPJ _____ e a Unimed-Rio, seja transferida para a corretora _____, sob o código _____ e inscrita no CNPJ _____.

Obrigado,

Representante Legal da (Nome da empresa)
Telefone | e-mail

Sócio Administrador da Corretora (Nome da corretora nomeada)
Telefone | e-mail

MODELO NOMEAÇÃO FORA DO MÊS DO ANIVERSÁRIO

LOGO DA EMPRESA

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

À Unimed-Rio.

Solicitamos que a administração de nosso contrato de assistência médica de número _____, firmado entre a empresa _____, inscrita no CNPJ _____ e a Unimed-Rio, seja transferida da corretora _____, sob o código _____ e inscrita no CNPJ _____, para a corretora _____, sob o código _____ e inscrita no CNPJ _____. A Corretora destituída está ciente e renuncia à comissão em favor da corretora nomeada de imediato.

Obrigado,

Representante Legal da (Nome da empresa)
Telefone | e-mail

Sócio Administrador da Corretora (Nome da corretora nomeada)
Telefone | e-mail

Sócio Administrador da Corretora (Nome da corretora destituída)
Telefone | e-mail