**EXCLUSÃO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO TITULAR DE PLANO COLETIVO POR ADESÃO**

**VIA OPERADORA**

Prezado(a) beneficiário(a), seguem esclarecimentos e consequências decorrentes da exclusão do plano de saúde.

* A solicitação de exclusão de beneficiário têm efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios. **A reativação em caso de arrependimento não será possível;**
* É proibida a utilização do plano de saúde após o cancelamento do contrato, MESMO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.
* As guias de atendimento em seu poder não poderão ser utilizadas a partir deste momento, mesmo que o procedimento tenha sido agendado ou autorizado previamente pela operadora;
* É devido o pagamento de:
  + Quaisquer atendimentos realizados a partir da solicitação de cancelamento ou exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência;
  + Mensalidades já vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, pela utilização de serviços já realizados, ou, quando se tratar de plano em custo operacional, das despesas referente aos serviços já executados pelo beneficiário.
* A exclusão do titular também implicará na exclusão dos dependentes;
* Perda imediata do direito aos serviços adicionais ao plano de saúde como: período de remissão (BFSC ou FEA), pecúlio, proteção familiar, vida em grupo e garantia funeral, quando contratado;
* Eventual ingresso em novo plano de saúde implicará:
  + No cumprimento de novos períodos de carência;
  + No preenchimento de nova declaração de saúde e cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente;
  + Condições atualizadas para novas vendas: novos preços, faixa etária, mecanismos de regulação, etc.
* E ainda, na perda do direito ao exercício da portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do cancelamento.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estando vinculado ao contrato n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estou ciente das informações acima prestadas e manifesto a vontade:

Em realizar a minha exclusão e/ou de meus dependentes, mediante preenchimento do formulário de exclusão; ou

**Não** realizar a minha exclusão e de meus dependentes.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSINATURA DO TITULAR/RESPONSÁVEL** |  | **DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAMPO EXCLUSIVO DE PREENCHIMENTO DA OPERADORA** | | |
| **NOME DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO** | **(1) PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA OPERADORA** | **(2) DATA E HORA DE CIÊNCIA DA OPERADORA** |

(1)O número de protocolo será fornecido pela Operadora ao beneficiário no momento do recebimento deste formulário.

(2)Data e hora da ciência será preenchido pela Unimed no ato do recebimento deste formulário.

**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO – PLANO COLETIVO**

**1 . DADOS DA OPERADORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPERADORA**  Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense | **CNPJ**  85.283.299/0001-91 | **REGISTRO ANS**  354295 |

**2 . DADOS DO TITULAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO (sem abreviações)** | | | | | | | | | | |
| **E-MAIL** | | | | | | | | | | |
| **TELEFONE CELULAR COM DDD** | | | | **TELEFONE RESIDENCIAL COM DDD** | | | | **TELEFONE COMERCIAL COM DDD** | | |
| **ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA** | | | | | | | | | | **NÚMERO** |
| **COMPLEMENTO** | **BAIRRO** | | | | **CEP** | **CIDADE** | | | | **UF** |
| **Preenchimento obrigatório quando o titular realiza o pagamento diretamente à operadora via boleto** | | | | | | | | | | |
| **BANCO (não pode ser conta salário)** | | **COD. OPERAÇÃO (exclusivo - Caixa Econômica)** | | | | | **AGÊNCIA (com dígito)** | | **CONTA (com dígito)** | |
| **CPF DO TITULAR DA CONTA** | | | **NOME DO TITULAR DA CONTA** | | | | | | | |

**3. DADOS DO TITULAR E/OU DEPENDENTE(S) A SEREM EXCLUÍDOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Exclusão do(s) dependente(s) abaixo; ou  Exclusão do titular e dependente(s). | | | | | **A exclusão terá efeito a partir da data de recebimento deste formulário pela Operadora.** | |
| **Motivo** | | **Código beneficiário** | **Nome** | | | |
|  | |  |  | | | |
|  | |  |  | | | |
|  | |  |  | | | |
|  | |  |  | | | |
|  | |  |  | | | |
| **MOTIVOS DE EXCLUSÃO** | | | | | | |
| **70** | Desligamento da empresa e/ou associado | | | **79** | | Dificuldades na autorização |
| **72** | Dependente - Perda de vínculo com o beneficiário titular | | | **80** | | Sem condições de manter o plano |
| **74** | Portabilidade de carências | | | **81** | | Insatisfeito com o atendimento do plano |
| **75** | Migração ou mudança de plano para outra operadora | | | **82** | | Plano está muito caro |
| **77** | Viagem ou mudança de domicílio | | | **87** | | Sem interesse em manter o plano |
| **78** | Dificuldades com a rede/agendamento | | |  | |  |

**4. CIÊNCIA**

|  |
| --- |
| **Estou ciente que:**   1. É responsabilidade do titular a devolução dos cartões de identificação do plano de saúde, bem como, informar aos dependentes a data e consequências do cancelamento; 2. Sou responsável pelas informações acima preenchidas. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSINATURA DO TITULAR/RESPONSÁVEL** |  | **DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.** |

**EXCLUSÃO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO TITULAR DE PLANO COLETIVO POR ADESÃO**

**VIA BENEFICIÁRIO**

Prezado(a) beneficiário(a), seguem esclarecimentos e consequências decorrentes da exclusão do plano de saúde.

* A solicitação de exclusão de beneficiário têm efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios. **A reativação em caso de arrependimento não será possível;**
* É proibida a utilização do plano de saúde após o cancelamento do contrato, MESMO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.
* As guias de atendimento em seu poder não poderão ser utilizadas a partir deste momento, mesmo que o procedimento tenha sido agendado ou autorizado previamente pela operadora;
* É devido o pagamento de:
  + Quaisquer atendimentos realizados a partir da solicitação de cancelamento ou exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência;
  + Mensalidades já vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, pela utilização de serviços já realizados, ou, quando se tratar de plano em custo operacional, as despesas referente aos serviços já executados pelo beneficiário.
* A exclusão do titular também implicará na exclusão dos dependentes;
* Perda imediata do direito aos serviços adicionais ao plano de saúde como: período de remissão (BFSC ou FEA), pecúlio, proteção familiar, vida em grupo e garantia funeral, quando contratado;
* Eventual ingresso em novo plano de saúde implicará:
  + No cumprimento de novos períodos de carência;
  + No preenchimento de nova declaração de saúde e cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente;
  + Condições atualizadas para novas vendas: novos preços, faixa etária, mecanismos de regulação, etc.
* E ainda, na perda do direito ao exercício da portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do cancelamento.

**A data do cancelamento será a partir da ciência da Operadora, através do recebimento do formulário de exclusão devidamente assinado. Ressalta-se que independe do pedido de formalização junto a Pessoa Jurídica Contratante.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASSINATURA E CARIMBO**  **DO (A) CONTRATANTE** |  | **DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.** |  | **DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.** |