

EXCLUSÃO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO TITULAR DE PLANO COLETIVO POR ADESÃO

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;
- **Perda do direito ao exercício de manutenção do plano na condição de ex-empregado em caso demissão ou aposentadoria, previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656 e Resolução Normativa nº 279;**
- 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

<input type="checkbox"/> Exclusão do(s) dependente(s) abaixo; ou <input type="checkbox"/> 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			
72	Dependente - Perda de vínculo com o beneficiário titular	79	Dificuldades na autorização
74	Portabilidade de carências	80	Sem condições de manter o plano
75	Migração ou mudança de plano para outra operadora	81	Insatisfeito com o atendimento do plano
77	Viagem ou mudança de domicílio	82	Plano está muito caro
78	Dificuldades com a rede/agendamento	87	Sem interesse em manter o plano

4. CIÊNCIA

Estou ciente que: 1. <u>É responsabilidade do titular a devolução dos cartões de identificação</u> 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

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;
- **Perda do direito ao exercício de manutenção do plano na condição de ex-empregado em caso demissão ou aposentadoria, previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656 e Resolução Normativa nº 279;**
- 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

Razão Social:

CNPJ:

DATA: ____/____/____.