

## 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, 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 nº \_\_\_\_\_, 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

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

<sup>(2)</sup>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
<b>Preenchimento obrigatório quando o titular realiza o pagamento diretamente à operadora via boleto</b>				
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). <input type="checkbox"/> Exclusão de todos os beneficiários do contrato empresarial por portabilidade de carências (Cancelamento do contrato PJ)	A exclusão terá efeito a partir da data de recebimento deste formulário pela Operadora.
<b>Código beneficiário</b>	<b>Nome</b>
<b>MOTIVOS DE EXCLUSÃO</b>	
<b>Assinale um dos motivos de exclusão abaixo:</b>	
Dependente - Perda de vínculo com o beneficiário titular	Dificuldades na autorização
Portabilidade de carências	Sem condições de manter o plano
Migração ou mudança de plano para outra operadora	Insatisfeito com o atendimento do plano
Viagem ou mudança de domicílio	Plano está muito caro
Dificuldades com a rede/agendamento	Sem interesse em manter o plano

### 4. CIÊNCIA

Estou ciente que:

- 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;
- 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.