

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
--------------------------------------	---	---

(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 DE TUBARÃO	CNPJ 85.241.339/0001-32	REGISTRO ANS 364860
--------------------------------	----------------------------	------------------------

2 . DADOS DO TITULAR

NOME				
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	80	Sem condições de manter o plano
75	Contratação de plano em 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	84	Sem interesse em manter o plano
79	Dificuldades na autorização	85	Portabilidade de carências

4. CIÊNCIA

<p>Estou ciente que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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: ____/____/____.

Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC: 0800 645 022 

www.unimed.coop.br/tubarao

Versão: 19.1 - 05/2019

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.**

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO CANCELAMENTO

NOME DO TITULAR DO PLANO	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO
--------------------------	------------------------

*CAMPO EXCLUSIVO DE PREENCHIMENTO DA OPERADORA

NOME DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA OPERADORA	DATA E HORA DE CIÊNCIA DA OPERADORA
--------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

*Quando o pedido de exclusão for solicitado à Pessoa Jurídica Contratante, a data de exclusão do plano será a partir da ciência da Operadora, através do recebimento do formulário de exclusão devidamente assinado.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO
ATENDIMENTO

DATA: __/__/____.