**VIA OPERADORA**

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

**EX-EMPREGADO**

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

* A solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário têm efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora. **Portanto, 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. Bem como o pagamento de multa rescisória quando previsto.
* A exclusão do beneficiário titular também implicará na exclusão dos dependentes. Excepcionalmente, em caso de óbito do titular inscrito no plano como ex-empregado, nos termos da Lei 9656/98 os dependentes inscritos podem assumir a responsabilidade do plano pelo período remanescente;
* 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** | **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA OPERADORA** | **DATA E HORA DE CIÊNCIA DA OPERADORA** |

**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO – EX-EMPREGADO**

**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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Exclusão do(s) dependente(s) abaixo; ou  Exclusão do titular e dependente(s). | | | | | |
| **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 |
| **76** | Migração ou mudança de plano na mesma Unimed/operadora | | | **82** | Plano está muito caro |
| **77** | Viagem ou mudança de domicílio | | | **84** | Sem interesse em manter o plano |
| **78** | Dificuldades com a rede/agendamento | | | **85** | Portabilidade de Carências |
| **79** | Dificuldades na autorização | | |  |  |

**4. CIÊNCIA**

|  |
| --- |
| **Estou ciente que:**   1. É responsabilidade do titular ou responsável legal, 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**

**VIA BENEFICIÁRIO**

**EX-EMPREGADO**

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

* A solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário têm efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora. **Portanto, 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. Bem como o pagamento de multa rescisória quando previsto.
* A exclusão do beneficiário titular também implicará na exclusão dos dependentes. Excepcionalmente, em caso de óbito do titular inscrito no plano como ex-empregado, nos termos da Lei 9656/98 os dependentes inscritos podem assumir a responsabilidade do plano pelo período remanescente;
* 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.

**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** |

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