|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORM-P02-01**  Rev.02  Emissão: 20/07/2020 | | **SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO - CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL** | | | | | | LOGO UGF.jpg | |
|  | |  | | | | | |  | |
| **Contratante:** | | | | **E-mail:** | | | | | |
| **DADOS DO TITULAR DO PLANO** | | | | | | | | | |
| **Nome do Titular:** | | | | | | | **CPF:** | | |
| **Logradouro:** | | | | | | | **N.º:** | | |
| **Bairro:** | | | **Cidade:** | | | | | | **Estado:** |
| **Complemento:** | | | **CEP:** | | | | | | |
| **E-mail:** | | | **Telefone:** | | | | | | |
| **MOTIVO DA EXCLUSÃO** | | | | | | | | | |
| Assinale com “X” o motivo da exclusão do beneficiário: | | | | | | | | | |
| **() 41 –** Rompimento do Contrato por Iniciativa do Beneficiário;**()72 -** Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (**a pedido do Titular); () 74 –** Portabilidade de Carências;**()75 -** Migração para outra operadora**; () 76 -** Migração ou mudança de plano na mesma Unimed; **()77 -** Viagem ou mudança de domicílio;**()78 -** Dificuldades com a rede/agendamento; **()79 -** Dificuldades na autorização;**()81 -** Insatisfeito com o atendimento do plano;**()82 -** Plano está muito caro. | | | | | | | | | |
| **()** | **71 -** Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (**a pedido da Contratante**)  Data de Exclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\*Preencher sempre com o primeiro dia do mês futuro. | | | | | | | | |
| **()** | **42 –** Desligamento da Empresa (Contrato Coletivo Empresarial)  Data da Exclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \*Preencher sempre com o primeiro dia do mês futuro. | | | | | | | | |
| **()** | **44 -** Exclusão por óbito do beneficiário. \*Anexar cópia da certidão de óbito.  Data da Exclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | |
| **DADOS DOS BENEFICIÁRIOS EXCLUÍDOS** | | | | | | | | | |
| **Beneficiário** | | | | | | **Código do Cartão** | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| **MANUTENÇÃO DO PLANO PARA DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADOS** | | | | | | | | | |
| **1. O beneficiário contribuiu com o pagamento parcial ou integral da mensalidade do plano? ()** Sim **()** Não (sem direito ao benefício – não preencher questões abaixo).  **2. Se a resposta acima foi “Sim”, responda: Por quantos meses o beneficiário titular contribuiu com o pagamento da mensalidade?**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**meses;  **3. O fim da relação empregatícia ou estatutária deu-se por:**() Demissão sem justa causa; () Exoneração sem justa causa; () Aposentadoria; () Outros (sem direito ao benefício – não responder questões abaixo)  **4. Se o fim da relação empregatícia/estatutária ocorreu por aposentadoria do beneficiário titular, responda: O beneficiário titular se aposentou e continuou trabalhando sem interrupção? ()** Sim **()** Não  **5.** O beneficiário titular foi cientificado e optou pela manutenção do plano na condição de ex-empregado? **()** Sim | | | | | | | | | |
| **EXCLUSÃO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO - RN N. 412/2016** | | | | | | | | | |
| **1.** A CONTRATANTE tem até 30 dias para comunicar a OPERADORA do pedido de exclusão por iniciativa do beneficiário. Findo o prazo sem que a CONTRATANTE tenha comunicado a OPERADORA, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à OPERADORA, conforme legislação vigente.  **2.A exclusão a pedido do beneficiário titular tem efeito imediato a partir da data de ciência da operadora. Assim, fica proibida a exclusão com data futura a pedido do beneficiário.** | | | | | | | | | |
| **CONSEQUÊNCIAS DA EXCLUSÃO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO - RN N. 412/2016** | | | | | | | | | |
| O (A) CONTRATANTE e o (a) beneficiário (a) ficam cientes que a exclusão indicada neste formulário ensejará nas consequências abaixo descritas:  **1. A solicitação tem efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora. Portanto, não será possível a reativação do plano em caso de arrependimento e, tampouco, a reversão do lote;**  **2. É responsabilidade do titular ou responsável legal, a devolução dos cartões de identificação do plano de saúde;**  **3. As guias de atendimentos emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir deste momento, pois, uma vez solicitada a exclusão, as guias serão imediatamente canceladas.**  **4. É responsabilidade do beneficiário titular ou responsável legal o pagamento: 4.1) de quaisquer atendimentos realizados a partir da solicitação de exclusão, inclusive nos casos de urgência e emergência; 4.2) das mensalidades já vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela realização dos serviços já realizados; 4.3) valores proporcionais das mensalidades até a data da exclusão solicitada pelo beneficiário, quando aplicável, respeitando o ciclo de faturamento das faturas.**  **5. Poderão ser realizadas cobranças posteriores relativas às coparticipações de eventos ocorridos durante o período de permanência do beneficiário no plano, mas ainda não avisados pelos prestadores no momento da solicitação de cancelamento/exclusão.**  **6. 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;**  **7. Eventual ingresso em novo plano de saúde implicará: 7.1) No cumprimento de novos períodos de carência; 7.2) Perda do direito ao exercício da portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido; 7.3) Condições atualizadas de preço, faixa etária, mecanismos de regulação, etc; 7.4) preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos**  **8. Nos planos coletivos a Contratada pode excluir o beneficiário por perda do vínculo do titular com a Contratante e/ou perda do vínculo do dependente com o Titular, conforme previsão contratual.** | | | | | | | | | |
| **PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS – RN 438/2018** | | | | | | | | | |
| Art. 8º **A Portabilidade de Carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data de ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora,**nas seguintes hipóteses:  I – Pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato;  II – Pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário;  III – Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário;  Nos casos acima **não se aplicam os requisitos de vínculo ativo, prazo de permanência e compatibilidade por faixa de preços** previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º da RN 438/2018.  Beneficiários de contratos **não regulamentados e não adaptados podem exercer a Portabilidade de Carências em razão da extinção do seu vínculo de beneficiário**. | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura da Contratante** | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura do Beneficiário Titular** | | | | |
| Para uso exclusivo da Unimed Grande Florianópolis:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura e Carimbo – Data e Hora de Recebimento na Unimed** | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura e Carimbo – Data e Hora de Processamento na Unimed** | | | | |

