|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Solicitante: | ( ) Pessoa Jurídica Contratante (Cancelamento programado - próxima fatura) | ( ) Beneficiário Titular de plano coletivo (Cancelamento Imediato) |
| Empresa: |  | |
| Cód. Contrato: |  | |
| Telefone: |  | |
| E-mail: |  | |
| CNPJ: |  | |
| **Solicito a(s) exclusão(ões) do(s) beneficiário(s) abaixo listado(s) (Deve ser preenchido pelo titular ou empresa contratante):** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TITULAR:** | | Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| **DEPENDENTES:** | | |
| 1. |  | Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| 2. |  | Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| 3. |  | Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| 4. |  | Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| 5. |  | Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |

1. Este formulário é destinado para solicitação de exclusão de beneficiário de plano coletivo EMPRESARIAL e/ou ADESÃO.
2. Se for exclusão SOMENTE de **DEPENDENTE** enviar apenas o formulário de SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO. Não sendo necessário o envio do TERMO DE EXCLUSÃO POR DEMISSÃO/APOSENTADORIA.
3. Na exclusão de **DEPENDENTE** não informar o nome do titular acima.
4. Para os planos **ASSOCIATIVOS/SINDICAIS** a exclusão se dará apenas com o formulário de SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO.
5. Quando a exclusão for **SOLICITADA PELA EMPRESA**, o processo de exclusão seguirá o calendário de movimentação de acordo com o vencimento da fatura. Será sinalizado nos formulários de exclusão a opção: ( ) Pessoa Jurídica Contratante. O beneficiário terá a oportunidade de migrar para outro plano sem nenhum prejuízo de suas carências, desde que o faça até 30 dias da data de suspensão desse benefício.
6. Quando a exclusão for **SOLICITADA PELO BENEFICIÁRIO** é que se aplicará a regra da ANS RN 412 (**a suspensão será imediata**), e devolvido os dias não utilizados na próxima fatura. Será sinalizado nos formulários de exclusão a opção: ( ) Beneficiário Titular de plano coletivo.
7. **Conforme ANS RN 412 a exclusão tem efeito imediato a contar da data de recebimento da solicitação pela operadora**. **SOLICITADA PELO BENEFICIÁRIO.**
8. **Conforme ANS RN 412 o cancelamento tem efeito imediato e caráter irrevogável. SOLICITADA PELO BENEFICIÁRIO.**
9. A exclusão do beneficiário TITULAR **implica na exclusão de todo o grupo familiar**.
10. A solicitação de exclusão necessita da assinatura do beneficiário titular neste formulário.
11. O cancelamento IMEDIATO-A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO do plano implica:
12. No cumprimento de novos períodos de carência,
13. Na perda do direito à portabilidade de carências (**PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO**), nos termos de resolução da ANS vigente à época do evento,
14. No 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 até 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,
15. Na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contrata.
16. As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário e serão cobradas.
17. Qualquer atendimento médico a partir do cancelamento, inclusive urgência ou emergência, correrão por exclusiva responsabilidade do beneficiário.
18. Eventuais guias de autorização liberadas pela Unimed em data anterior ao momento do pedido de cancelamento estão automaticamente canceladas e a sua utilização após o pedido de cancelamento junto ao prestador configura fraude, sem prejuízo do dever de indenizar a Unimed pelas despesas eventualmente pagas.
19. O beneficiário deve devolver o cartão Unimed ou, na sua impossibilidade, o cartão deverá ser inutilizado.
20. O uso do cartão Unimed Vale do São Francisco após o cancelamento do plano configura fraude contratual, passível de responsabilização na forma da lei.
21. Declaro que li e compreendi que a partir da ciência da operadora cessa cobertura contratual de modo irrevogável com todas as consequências advindas da minha solicitação.

Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura da empresa) ( Beneficiário Titular )