



www.unimedamparo.com.br
Av. Saudade, 369 - Centro
13900-570 - Amparo - SP
T.(19) 3808-7077

Solicitação de Cancelamento /Exclusão do Plano de Saúde Coletivo Empresarial/Adesão
“A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO”

Eu, _____,
código do cartão _____,
funcionário da
empresa _____, residente
a: _____ n° _____,
(Obrigatório endereço de correspondência atualizado do colaborador)
bairro _____, CEP: _____, Cidade: _____ UF: _____,
Telefone _____, E-mail: _____, titular
(Obrigatório pessoal e-mail do colaborador)

do plano de assistência médico hospitalar com a Unimed Amparo, **SOLICITO:**

- () Cancelamento do titular e dependentes
() Cancelamento de dependente: Qual (is):

- 1 . Nome: _____
2 . Nome: _____
3 . Nome: _____

Estou ciente das Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde, conforme o Artigo 15 da Resolução Normativa 561/2022 da Agência Nacional de Saúde, que são:

I - eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

- a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;



www.unimedamparo.com.br
Av. Saudade, 369 - Centro
13900-570 - Amparo - SP
T.(19) 3808-7077

- c) 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;
- d) 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 contratar;
- II - efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;
- III - 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;
- IV - as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;
- V - a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes; e
- VI - A exclusão do plano ocasionará quebra do vínculo com a Unimed Amparo perdendo o direito ao benefício dos artigos 30 e 31 da lei 9656/98.

De acordo com as informações acima e devidamente esclarecidas solicito minha exclusão/de meus dependentes para:

Data da exclusão: ____/____/____
(Obrigatório o preenchimento)

(Assinatura)

Nome do titular:

CPF:

(Assinatura e carimbo da empresa)

Nome da responsável da empresa:

CPF:

Data do envio para a Unimed Amparo : ____/____/____ ____h____m (empresa preencher)
(Obrigatório o preenchimento)

Data do recebimento da solicitação na Unimed Amparo : ____/____/____ ____h____m