

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO - PLANO COLETIVO ADESÃO

Empresa Contratante:	Nº do Contrato:
----------------------	-----------------

Exclusão de: () Titular e Dependente(s) () Dependente(s)

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS A SEREM CANCELADOS

Nome do Beneficiário	Código do Cartão	Cód. Motivo

CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCELAMENTO

02	Preço não suportado pelo cliente	08	Perda da condição de dependência
03	Qualidade da rede	09	Óbito
04	Mudança para outra Operadora	10	Demissão sem justa causa
05	Mudança de Estado/Cidade/País	11	Demissão com justa causa
06	Insatisfação com atendimento da Operadora	12	Pedido de demissão
07	Baixa utilização	13	Migração/Alteração contratual

DADOS PARA CONTATO

E-mail 1:		Email 2:	
Rua:	Nº	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	UF:	CPF:
Telefone Fixo: ()		Telefone celular: ()	

Os campos acima são de preenchimento obrigatório para todos os motivos de cancelamento. A Unimed Blumenau utilizará os dados declarados para realizar toda e qualquer **comunicação ao beneficiário** acerca desta solicitação de exclusão.

CANCELAMENTO POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR - RN 412/ANS

Preenchimento obrigatório para os Motivos de Cancelamento: 02, 03, 04, 05, 06, 07 e 08.

Eu, _____, solicito que seja realizada a exclusão do(s) beneficiário(s) acima discriminado(s), bem como **declaro estar ciente dos direitos e restrições decorrentes da minha decisão**, nos moldes previstos pela Resolução Normativa nº 412/16 (e demais atualizações) da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Ainda, me foi explicada às informações a seguir:

- Para que este pedido seja recebido e tenha efeito, sei que preciso preencher corretamente **todos** os campos para contato;
- Não havendo o preenchimento correto e completo sei que o pedido talvez não será finalizado, **gerando despesas até que eu faça o pedido de forma regular**;
- O simples fato de preencher este formulário NÃO significa o seu cancelamento imediato. Depende da data em que a Unimed Blumenau receber está solicitação. Durante este período poderão ocorrer cobranças das despesas geradas.
- Ainda sobre seu pedido, importante esclarecer que:**
 - O pedido de exclusão terá EFEITO IMEDIATO, a partir da data da ciência da operadora de plano de saúde, possuindo caráter irrevogável, ou seja, não será permitido o direito de arrependimento posterior.
 - As guias de atendimento emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir da data da exclusão.
 - A partir da data, hora e minuto da exclusão, **não será permitida a utilização do plano de saúde**, mesmo para os casos de urgência e emergência.
 - É de responsabilidade da contratante/beneficiário o pagamento de quaisquer atendimentos realizados a partir da exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência.
 - O pagamento das mensalidades vencidas e eventuais coparticipações, dos serviços realizados antes da exclusão são

de responsabilidade da contratante/beneficiário.

- f) Ocorrerá a perda imediata do direito de quaisquer serviços adicionais ao plano de saúde, quando contratado, a exemplo do período de remissão, que consiste na continuidade do plano dos dependentes sem cobrança de mensalidades após o óbito do titular.
- g) Ocorrendo a exclusão do beneficiário titular automaticamente seus dependentes serão excluídos devido à perda de vínculo com a empresa contratante.
- h) O ingresso em novo plano de saúde importará no cumprimento de novos períodos de carência (quando aplicáveis), perda do direito ao exercício da portabilidade de carência (quando aplicável), no preenchimento de nova declaração de saúde e cumprimento de cobertura parcial temporária em caso de doença ou lesão preexistente, condições atualizadas de preço, faixa etária, mecanismos de regulação, entre outros.
- i) Após o preenchimento deste formulário na Empresa, concordo que o pedido será direcionado à **operadora para que processe a data, hora e minuto da exclusão** e me encaminhe o Comprovante de Solicitação de Exclusão e o Comprovante da Efetiva Exclusão, conforme dados informados neste documento.

Senhor beneficiário somente preencher os dados a seguir caso o senhor receba o boleto de pagamento do seu plano de saúde em seu endereço de residência ou domicílio, desta forma autorizando:

depósito bancário conforme dados: CPF do Correntista: _____ Nome do Correntista: _____ Agência: _____ Conta: _____ Banco: _____ Tipo de conta: Corrente Poupança Conjunta.

E ainda se existir saldo e caso o reembolso seja devido ao beneficiário e os dados bancários acima não estiveram preenchidos, deixamos ciente que o reembolso será realizado via cheque.

Cheque, estando ciente que o reembolso estará disponível em 30 dias a partir da ciência do cancelamento.

Importante esclarecer também que, caso o boleto seja faturado em documento único à contratante, o reembolso pró-rata, se houver, será devolvido diretamente à pessoa jurídica contratante, desconsiderando os dados bancários acima.

COMUNICADO REFERENTE A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS - RN 438

Para os Motivos de Cancelamento: 08, 10, 11 e 12.

O beneficiário declara que recebeu uma via do comunicado referente o direito ao exercício da portabilidade de carências em decorrência da extinção de vínculo.

A CONTRATANTE, bem como o beneficiário titular, declaram estar de acordo com as informações descritas neste documento.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo da Contratante

Assinatura beneficiário titular