|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | | | | | | |
| **()** | **70 –** Desligamento da Empresa (Contrato Coletivo por Adesão)  Data da Exclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \*Preencher sempre com o primeiro dia do mês futuro. | | | | | | |
| **()** | **44 -** Exclusão por óbito do beneficiário. \*Anexar cópia da certidão de óbito. | | | | | | |
| **DADOS DOS BENEFICIÁRIOS EXCLUÍDOS** | | | | | | | |
| **Beneficiário** | | | | | **Código do Cartão** | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
| **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;  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** | | | |

