



www.unimedpelotas.com.br
Almirante Barroso, 2309
96010-280 - Centro - Pelotas - RS
T. (53) 3309-4900 F. (53) 3309-4912



FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE PLANO COLETIVO EMPRESARIAL A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO:

BENEFICIÁRIO:		
Nº cartão:	CPF:	
ENDEREÇO:		
	CEP:	
TELEFONE:	E-MAIL:	
Comprovante de cancelamento por:	E-MAIL ()	CORRESPONDÊNCIA ()

Eu _____, nesta data, _____/_____/_____, **solicito perante a contratante** _____, **a minha exclusão como beneficiário do contrato de plano de saúde denominado** _____, modalidade _____, termo _____.

Nesta oportunidade, me declaro ciente do **caráter imediato e irrevogável** desta solicitação de cancelamento e que, conforme o artigo 15 da Resolução Normativa nº412/2016 da ANS, o 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;**
- 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;**
- e) na perda do direito da minha permanência e de meus dependentes no plano de saúde em caso de demissão ou aposentadoria, conforme dispõe os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998.**



www.unimedpelotas.com.br
Almirante Barroso, 2309
96010-280 - Centro - Pelotas - RS
T. (53) 3309-4900 F. (53) 3309-4912



Admito, também, que fui devidamente cientificado de que as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes desta solicitação são de minha responsabilidade, assim como as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços após esta data, **INCLUSIVE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.**

Declaro, outrossim, que fui plenamente informado de que a solicitação da minha exclusão do contrato coletivo empresarial acima indicado, implica na exclusão de meus dependentes, conforme autoriza o art.18, parágrafo único, inciso II da RN 195/2009.

Assinatura do beneficiário solicitante

Recebido pela Operadora em: ____/____/____ às ____:____ h

Representante da Operadora

Carimbo da Contratada