

**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO - PLANO COLETIVO**

Nome da Empresa: _____ N° 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	Cliente sem condições de pagamento	07	Perda da condição de dependência
03	Migração/Alteração contratual	08	Óbito
04	Mudança para outra Unimed/Operadora	13	Demissão sem justa causa
05	Mudança de Estado/Cidade/País	14	Demissão com justa causa
06	Descontentamento	15	Pedido de demissão

Dados para ContatoE-mail 1: _____ Email 2: _____
Rua: _____ Nº: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Telefone Fixo: () _____ Telefone celular: () _____Os campos acima são de preenchimento obrigatório para todos os motivos de cancelamento. A Unimed Imperatriz utilizará os dados declarados para realizar toda e qualquer **comunicação ao beneficiário** acerca desta solicitação de exclusão.**Preenchimento obrigatório para funcionários demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados.
A regra abaixo não se aplica para contratos Não Regulamentados e Custo Operacional.**

- 1) O titular já está aposentado? ()NÃO ()SIM - Caso positivo, informar a data da aposentadoria: ___/___/___
- 2) O titular contribuiu no pagamento da mensalidade do seu plano? ()NÃO ()SIM, por _____ meses.

De acordo com o disposto na Resolução Normativa 279/2011, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição em caso de demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) Contribuiu financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício;
- b) Faça a opção pela manutenção do plano dentro de 30 (trinta) dias contados a partir do comunicado do empregador. **Importante:** Não havendo manifestação do senhor(a) no prazo de **30 dias contados a partir da data da ciência**, considerar-se-á a recusa ao benefício por Vossa senhoria.

Caso queira manter a condição, encaminhar proposta de adesão de ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado devidamente preenchido e assinado.

Data da Ciência: ___/___/_____. *se aplica apenas para o contrato Coletivo Empresarial

SR. BENEFICIÁRIO: LEIA ATENTAMENTE as informações abaixo que a UNIMED precisa lhe informar: Preenchimento abaixo é obrigatório para as solicitações de exclusão motivadas pelo beneficiário titular – RN 412

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:

1. Para que este pedido seja recebido e tenha efeito, sei que preciso preencher corretamente **todos** os campos cadastrais abaixo (e-mail, endereço, contatos telefônicos, assinatura, etc.);

2. 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**;
3. O simples fato de preencher este formulário NÃO significa o seu cancelamento imediato. Depende da data em que a Unimed Imperatriz receber está solicitação. Durante este período poderão ocorrer cobranças das despesas geradas.
4. Cientes das situações explicadas acima, opino para que a Operadora ao receber este documento de exclusão, processe meu pedido da seguinte forma:
- a. () Processe minha exclusão imediatamente, não precisando me informar data e hora que recebeu a solicitação, uma vez que estou ciente das consequências abaixo listadas.
- OU**
- b. () Solicito que a OPERADORA, ao receber esta solicitação, entre em contato comigo, pois quero saber data

e hora que o plano será cancelado. Não conseguindo contato imediato nesta oportunidade, poderá processar a exclusão solicitada imediatamente para não gerar mais despesas, uma vez que já estou ciente das consequências abaixo listadas.

Ainda sobre seu pedido, importante esclarecer que:

1. 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.
2. As guias de atendimento emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir da data da exclusão.
3. 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.
4. É de responsabilidade da contratante o pagamento de quaisquer atendimentos realizados a partir da exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência.
5. O pagamento das mensalidades vencidas e eventuais coparticipações, dos serviços realizados antes da exclusão são de responsabilidade da contratante.
6. 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.
7. Ocorrendo a exclusão do beneficiário titular automaticamente seus dependentes serão excluídos devido à perda de vínculo com a empresa contratante.
8. 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.
9. Após o preenchimento deste formulário na Empresa/Associação/Sindicato, 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.

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

OBS: Todos os campos são de preenchimento obrigatório para os motivos Cód. 02 - 04 - 05 - 06 - 07.

Carimbo da Contratante

/ /

Assinatura beneficiário titular

Assinatura e
Data: