

Form-DVCR-22
Rev.04
Emissão: 05/07/2018

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO - CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO



Contratada: Unimed Grande Florianópolis Cooperativa de Trabalho Médico	Registro ANS: 36044-9
Contratante: ABEPOM	E-mail: JULIANA.NUNES@ABEPOM.ORG.BR

DADOS DO TITULAR DO PLANO

Nome do Titular:		
E-mail:		Telefone:
Logradouro:		
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Complemento:	

MOTIVO DA EXCLUSÃO

Assinale com "X" o motivo da exclusão do beneficiário:

41 – Rompimento do Contrato por Iniciativa do Beneficiário	76 - Migração ou mudança de plano na mesma Unimed
70 –Desligamento da Empresa(Contrato Coletivo por Adesão) Data de Exclusão: ____/____/____. *Preencher sempre com o primeiro dia do mês futuro.	77 – Viagem ou mudança de domicílio
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.	78 – Dificuldades com a rede/agendamento
72 - Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (a pedido do Titular)	79 – Dificuldades na autorização
44 - Exclusão por óbito do beneficiário. *Anexar cópia da certidão de óbito. Data da Exclusão: ____/____/____.	81 – Insatisfação com o atendimento do plano
74 – Portabilidade de Carências	82 – Plano está muito caro
75 - Migração para outra operadora	84 – Beneficiário inadimplente com a Contratante. Data de Exclusão: ____/____/____. *Preencher sempre com o primeiro dia do mês futuro.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS EXCLUÍDOS

Beneficiário	Código do Cartão	CPF	Devolução do Cartão?
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

DATA DA EXCLUSÃO

1. 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.
2. Quando a exclusão for solicitada por iniciativa da Empresa Contratante (motivos 70, 71 e 84), **sempre deverá ser encaminhada para o primeiro dia do mês futuro.**

CONSEQUÊNCIAS DA EXCLUSÃO

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 após a 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.
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.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1. É imprescindível o preenchimento de todos os campos necessários para efetivação da solicitação, sob pena de não efetivação da exclusão.
2. Para as exclusões solicitadas por iniciativa do beneficiário titular, ou seja, **motivos 41, 72,44, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81 e 82** é **OBRIGATÓRIA a assinatura da pessoa jurídica e do beneficiário. Não será aceito formulário que contenha rasura e que não esteja assinado e carimbado pela (o) Contratante e pelo beneficiário, quando for este o solicitante da exclusão.**
3. **No motivo 44, caso o titular do plano tenha falecido, somente a assinatura do Contratante é suficiente, desde que seja apresentada a certidão de óbito. No entanto, caso um dos dependentes tenha falecido, caberá ao titular assinar o formulário solicitando a exclusão.**

Assinatura da Contratante e Carimbo

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

QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

Matrícula: _____

Associado: _____ E-mail: _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Beneficiário	Código do Cartão	CPF	Dev. do Cartão?
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

DATA PARA CANCELAMENTO: ____ / ____ / ____

TERMOS

O Associado acima qualificado vem por meio deste instrumento requerer a exclusão no plano de saúde UNIMED dos beneficiários descritos, bem como declara estar ciente dos seguintes termos:

Caso a consignação em folha de pagamento não possa por qualquer motivo ser efetivada, autoriza expressamente em caráter irrevogável e irretroatável, que sejam debitados os valores referentes às despesas do plano de saúde Unimed em conta corrente bancária, através da qual recebe os seus vencimentos. Caso não haja o pagamento da mensalidade por 2 (dois) meses o plano poderá ser cancelado.

Tenho ciência da cobrança da taxa de inscrição e, se for o caso, de pro-rata mensalidade e dos direitos constados nos contratos referentes aos planos contratados. Bem como dos direitos constados no Plano de Benefício, com base nos termos do artigo 7º §§ 1º e 2º do Estatuto Social no que trata da inclusão ou permanência de dependentes.

Para CANCELAMENTO:

O Requerimento deverá ser protocolado nas unidades de atendimento da Abepom (Sede , Clinipons e Postos), sem pendência de documentos ou preenchimento. O cancelamento pode ser imediato ou programado, e a mensalidade será cobrada até a data solicitada. Deverei enviar a carteira com o formulário correspondente, caso não ocorra, poderei sofrer descontos futuros de utilização não cobrada;

Para INCLUSÃO:

O requerimento deverá ser protocolado na sede da ABEPOM, sem pendência de documentos ou preenchimento, até o dia **9** do mês, para ter início de cobertura no primeiro dia do mês subsequente; Deverá ser observada a data de corte, se cair no final de semana o dia de entrega deverá ser antecipado.

Para MIGRAÇÃO E TRANSFERÊNCIA:

O requerimento deverá ser protocolado na sede da ABEPOM até o dia **9** do mês para ter início de cobertura no novo plano no primeiro dia do mês subsequente; Deverá ser observada a data de corte, se cair no final de semana o dia de entrega deverá ser antecipado.

Outras Informações:

A operadora cobra taxa pela emissão de segunda via do cartão; O reajuste da mensalidade é anual, a data está estabelecida em contrato com as operadoras, o índice é o que prevê a legislação e regulamentado pela ANS; A coparticipação é o valor pago pelas consultas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais, limitado ao valor estabelecido pelo plano por procedimento e este é acrescido de 2,5% para cobrir despesas administrativas e cobrança;

Nestes termos, pede deferimento.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____ Assinatura do ASSOCIADO: _____