|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Form-DVCR-22**Rev.04Emissão: 05/07/2018 | **SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO - CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO**  | LOGO UGF.jpg |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contratada:** Unimed Grande Florianópolis Cooperativa de Trabalho Médico | **Registro ANS:** 36044-9 |
| **Contratante:** | **E-mail:** |
| **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. |  | **[ ]**  Sim **[ ]**  Não |
|  | 0025. |  | **[ ]**  Sim **[ ]**  Não |
|  | 0025. |  | **[ ]**  Sim **[ ]**  Não |
|  | 0025. |  | **[ ]**  Sim **[ ]**  Não |
|  | 0025. |  | **[ ]**  Sim **[ ]**  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** |