|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Form-DVCR-22**  Rev.04  Emissão: 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** |