**INFORMAÇÕES SOBRE A EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO DE PLANO COLETIVO EMPRESARIAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS – RN 412/2016**

Prezado(a) beneficiário(a), seguem esclarecimentos e consequências decorrentes da exclusão do plano de saúde:

1. O beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica contratante a sua exclusão ou a de seu dependente, sendo que a solicitação de exclusão do beneficiário titular implica na exclusão também de seus dependentes;
2. A pessoa jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 dias da data da solicitação. A partir da ciência da operadora a exclusão terá efeito imediato e caráter irrevogável. A **reativação em caso de arrependimento não será possível**;
3. Expirado o prazo de 30 dias sem que a pessoa jurídica comunique a operadora da exclusão, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora, mediante comprovação do pedido feito a pessoa jurídica contratante;
4. Os beneficiários demitidos ou aposentados que optaram pela manutenção do plano após a rescisão do contrato de trabalho nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, poderão solicitar a exclusão do plano diretamente na operadora sem necessidade de solicitação junto à pessoa jurídica contratante;
5. Excepcionalmente em caso de óbito, a exclusão do referido beneficiário terá efeito a partir do dia seguinte ao falecimento, mediante comunicação e apresentação da cópia do atestado de óbito;
6. É responsabilidade da pessoa jurídica contratante e do titular do plano, a devolução dos cartões de identificação do plano de saúde;
7. As guias de atendimento emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir do momento da solicitação de exclusão realizada pelo beneficiário;
8. São devidas as cobranças dos valores de mensalidades apurados até a data exclusão do plano de saúde e de eventuais coparticipações pelas utilizações realizadas no período de permanência no plano, pelo que as cobranças serão enviadas para a pessoa jurídica contratante, a qual caberá o repasse dos valores de responsabilidade do beneficiário nos casos em que forem devidos, assim como as eventuais devoluções de mensalidades já pagas, observada a proporcionalidade do período posterior à data da exclusão;
9. Quando o beneficiário titular for o responsável pelo pagamento diretamente à operadora dentro das condições previstas na legislação e nos contratos vigentes, as cobranças dos valores de mensalidades apurados e das eventuais coparticipações serão emitidas diretamente para o beneficiário, bem como as eventuais devoluções proporcionais de mensalidades já pagas, quando devidas;
10. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários **após** a data de exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por conta do beneficiário titular, podendo haver emissão de cobranças sobre os valores integrais dos procedimenros realizados pelo plano de saúde de forma indevida, sendo estas cobranças emitidas nos mesmos moldes estabelecidos nos itens 8 e 9 acima.
11. A solicitação de exclusão de beneficiário, em caso de eventual ingresso em novo plano de saúde ou de reingresso no contrato da pessoa jurídica contratante, implicará:
    1. No cumprimento de novos períodos de carência;
    2. Perda do direito ao exercício da portabilidade de carências (quando aplicável);
    3. No preenchimento de nova declaração de saúde e, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP), no cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT), por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão em novo plano, a suspensão de: procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos.
    4. Perda imediata do direito aos serviços adicionais ao plano de saúde, como por exemplo remissão quando houver contratado, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;
    5. Condições atualizadas: de preço, faixa etária, mecanismos de regulação, etc.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estando vinculado ao contrato n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estou ciente das informações acima prestadas e manifesto minha vontade em:

☐ Realizar a minha exclusão e de meus dependentes, mediante preenchimento do formulário de exclusão; ou

☐ Realizar a exclusão de meu(s) dependente(s), mediante preenchimento do formulário de exclusão;.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Assinatura do Titular** |  | | **Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_** | |
|  | |
| **CAMPO EXCLUSIVO DE PREENCHIMENTO DA OPERADORA** | | | | | |
| **Recebido pela operadora em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **Horário: \_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_** | | **Responsável pelo atendimento / assinatura:** | |

**SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO DE PLANO COLETIVO EMPRESARIAL**

**1 . DADOS DA OPERADORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPERADORA**  UNIMED SETE LAGOAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO | **CNPJ**  **24.014.235/0001-09** | **REGISTRO DA OPERADORA NA ANS**  34.9534 |

**2 . DADOS DO TITULAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | | | | | | | **CPF** | |
| **E-MAIL** | | | | | | | | |
| **TELEFONE CELULAR COM DDD** | | **TELEFONE RESIDENCIAL COM DDD** | | | **TELEFONE COMERCIAL COM DDD** | | | |
| **ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA** | | | | | | | | **NÚMERO** |
| **COMPLEMENTO** | **BAIRRO** | | **CEP** | **CIDADE** | | | | **UF** |
| **PLANO** | | | | | **Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS** | | | |
| **EMPRESA** | | | | | | **CNPJ** | | |

**3. DADOS DO TITULAR E/OU DEPENDENTE(S) A SEREM EXCLUÍDOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐Exclusão do titular e dependente(s); ou  ☐Exclusão do(s) dependente(s) abaixo. | | | | | | **A exclusão terá efeito a partir da data de recebimento deste formulário pela Operadora.** | |
| **Motivo** | | **Código(s) do(s) beneficiário(s)** | **Nome(s) do(s) beneficiário(s)** | | | | **Data do óbito\*** |
|  | |  |  | | | |  |
|  | |  |  | | | |  |
|  | |  |  | | | |  |
|  | |  |  | | | |  |
|  | |  |  | | | |  |
| *\*Quando a exclusão for pelo motivo Óbito é obrigatório o preenchimento da data do óbito e apresentar a certidão de óbito.* | | | | | | | |
| **MOTIVOS DE EXCLUSÃO** | | | | | | | |
| **01** | Dependente - Perda de vínculo com o beneficiário titular | | | **06** | Sem condições financeiras | | |
| **02** | Óbito\* | | | **07** | Não se interessa mais pelo plano | | |
| **03** | Migração para outra operadora | | | **08** | Insatisfeito com o atendimento do plano | | |
| **04** | Migração ou mudança de plano na mesma Unimed | | | **09** | Plano está muito caro | | |
| **05** | Viagem ou mudança de domicílio | | | **10** | Outros | | |

**4. CIÊNCIA**

|  |
| --- |
| **Estou ciente que:**   1. Os dependentes inscritos em plano regulamentado ou adaptado que perderam o vínculo com o plano, seja por falecimento do titular ou perda da condição de dependente, tem o prazo de 60 dias a partir da data da ocorrência para exercer a portabilidade especial de carências, em conformidade com os normativos vigentes da ANS para um plano individual/familiar ou coletivo por adesão em qualquer operadora; 2. Como beneficiário titular do plano de saúde, comprometo-me a informar os dependentes sobre este direito; 3. Sou responsável pelas informações acima preenchidas. |

**Obs.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR** | | |  | **DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO PELA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** | | | | |
| **Recebido pela empresa em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Horário: \_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_** | **Carimbo e assinatura do responsável pelo atendimento na empresa:** | | |