

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO - CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL



Contratante: CDL FLORIANOPOLIS

E-mail: [beneficios@cdlflorianopolis.org.br](mailto:beneficios@cdlflorianopolis.org.br)

DADOS DO TITULAR DO PLANO

Nome do Titular:

CPF:

Logradouro:

N.º:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Complemento:

CEP:

E-mail:

Telefone:

MOTIVO DA EXCLUSÃO

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

**41** - Rompimento do Contrato por Iniciativa do Beneficiário; **72** - Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (a pedido do Titular); **74** - Portabilidade de Carências; **75** - Migração para outra operadora; **76** - Migração ou mudança de plano na mesma Unimed; **77** - Viagem ou mudança de domicílio; **78** - Dificuldades com a redefinição; **79** - Dificuldades na autorização; **81** - Insatisfeito com o atendimento do plano; **82** - Plano está muito caro.

**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.

**42** - Desligamento da Empresa (Contrato Coletivo Empresarial)

Data da Exclusão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \*Preencher sempre com o primeiro dia do mês futuro.

**44** - Exclusão por óbito do beneficiário. \*Anexar cópia da certidão de óbito.

Data da Exclusão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS EXCLUIDOS

Beneficiário

Código do Cartão ou CPF

**MANUTENÇÃO DO PLANO PARA DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADOS**

1. O beneficiário contribuiu com o pagamento parcial ou integral da mensalidade do plano? [ ] Sim; [ ] Não (sem direito ao benefício – não preencher questões abaixo).
2. Se a resposta acima foi "Sim", responda: Por quantos meses o beneficiário titular contribuiu com o pagamento da mensalidade? \_\_\_\_\_ meses;
3. O fim da relação empregatícia ou estatutária deu-se por:  
[ ] Demissão sem justa causa; [ ] Exoneração sem justa causa; [ ] Aposentadoria; [ ] Acordo entre as partes (sem direito ao benefício – não responder questões abaixo); [ ] Outros (sem direito ao benefício – não responder questões abaixo)
4. Se o fim da relação empregatícia/estatutária ocorreu por aposentadoria do beneficiário titular, responda: O beneficiário titular se aposentou e continuou trabalhando sem interrupção? [ ] Sim; [ ] Não
5. O beneficiário titular foi cientificado e optou pela manutenção do plano na condição de ex-empregado? [ ] Sim;

**EXCLUSÃO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO - RN N. 412/2016**

1. A CONTRATANTE tem até 30 dias para comunicar a OPERADORA do pedido de exclusão por iniciativa do beneficiário. Findo o prazo sem que a CONTRATANTE tenha comunicado a OPERADORA, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à OPERADORA, conforme legislação vigente.
2. 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.

**CONSEQUÊNCIAS DA EXCLUSÃO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO - RN N. 412/2016**

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 a partir da 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.

Assinatura da Contratante

Para uso exclusivo da Unimed Grande Florianópolis:

Assinatura e Carimbo – Data e Hora de Recebimento na Unimed

Assinatura do Beneficiário Titular

Assinatura e Carimbo – Data e Hora de Processamento na Unimed

De acordo com o disposto na RN 279, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em 24/11/11, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, nas mesmas condições de cobertura assistencial (mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador) que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuisse financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria.
- Entende-se como contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício. Não é considerada contribuição à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e nem os valores pagos relativos a mensalidade do plano de saúde dos dependentes e agregados;
  - b) assuma o pagamento integral do plano de saúde, valores por faixa etária;
  - c) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir desta comunicação.

O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho ou aposentadoria estará descrito no Formulário de Inscrição que deverá ser preenchido para formalizar a manutenção no plano.

Nome:

CPF:

Data da ciência:     /     /     .

Data do vencimento para manifestação:     /     /     .

**Importante:** Não havendo manifestação no prazo de 30 dias contados a partir da data da ciência, considerar-se-á a recusa ao benefício.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do ex-empregado