

## FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO - RN 561

TIPO DE PLANO			
<input type="checkbox"/> PESSOA FÍSICA	<input type="checkbox"/> PESSOA JURÍDICA	<input type="checkbox"/> ADESÃO	
PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DA UNIMED			
Protocolo:		Data e Horário:	
PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE/ADESÃO			
Razão Social:			
Responsável pelo preenchimento do formulário:			
Telefone:		E-mail:	
BENEFICIÁRIO TITULAR OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome:			
CANCELAMENTO DE BENEFICIÁRIO TITULAR			
Nome:		Cartão:	CPF:
CANCELAMENTO DE BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)			
Nome:		Cartão:	CPF:
Nome:		Cartão:	CPF:
Nome:		Cartão:	CPF:
DADOS PARA DEPÓSITO *Exceto Plano Empresarial*			
Nome do Banco:	Agência:	Conta Corrente:	Conta Poupança:
Nome do titular da conta:			
CPF:			

MOTIVO DE CANCELAMENTO DO PLANO:

- DEPENDENTE - PERDA DE VÍNCULO COM O BENEFICIÁRIO TITULAR
- MIGRAÇÃO PARA OUTRA OPERADORA
- MIGRAÇÃO OU MUDANÇA DE PLANO NA MESMA UNIMED
- VIAGEM OU MUDANÇA DE DOMICÍLIO
- DIFICULDADES COM A REDE/AGENDAMENTO
- DIFICULDADES NA AUTORIZAÇÃO
- SEM CONDIÇÕES DE MANTER O PLANO
- INSATISFEITO COM O ATENDIMENTO DO PLANO
- PLANO ESTÁ MUITO CARO
- TROCA DE TITULARIDADE

## FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO - RN 561

Gostaria de receber uma nova proposta de Plano de Saúde Unimed? ( ) Sim ( ) Não

**USO EXCLUSIVO DA UNIMED - ANÁLISE CRÍTICA:**

### LEIA COM ATENÇÃO

Sob o PROTOCOLO acima, para os devidos fins, esta OPERADORA declara que, no dia e horas acima, em atendimento presencial/E-mail, recebeu a solicitação de cancelamento do(s) beneficiário(s) acima discriminado(s), sendo o Beneficiário Titular ou Representante cientificado de que:

1. A solicitação de cancelamento possui EFEITO IMEDIATO, ou seja, a partir do momento do presente pedido de cancelamento, os beneficiários elencados na tabela acima estarão excluídos do plano.
2. Este pedido possui caráter IRREVOGÁVEL, ou seja, NÃO SERÁ PERMITIDO O DIREITO DE ARREPENDIMENTO POSTERIOR.
3. A partir da data do cancelamento, todos os procedimentos previamente agendados/autorizados, em favor do(s) beneficiário(s) excluído(s) serão automaticamente cancelados, impossibilitando, portanto, a utilização dos serviços, ainda que de posse de documento ou informação de liberação no prazo de validade.
4. A partir do presente pedido, não será permitida a utilização do plano de saúde pelo(s) beneficiário(s) cancelados(s), MESMO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.
5. Futuramente, caso opte por solicitar nova inclusão neste plano ou por contratar novo plano de saúde, seja com esta ou outra operadora, haverá a incidência de novos períodos de carência, preenchimento de nova Declaração de Saúde e, na constatação de doença ou lesão preexistente, será determinado o cumprimento de CPT - Cobertura Parcial Temporária, que autoriza a suspensão de cobertura para procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade, bem como leitos de alta tecnologia (UTI/CTI), diretamente relacionados com a patologia identificada, pelo período de 24 meses a contar da nova contratação ou adesão.
6. O cancelamento do(s) beneficiário(s) no plano impossibilita a realização de portabilidade ou reaproveitamento de carências.
7. Haverá a perda imediata de quaisquer benefícios relacionados com a isenção de mensalidades, quando do falecimento do titular, eventualmente contratados (direito de remissão), devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar.
8. As mensalidades e coparticipações devidas pela utilização dos serviços realizados até a data do cancelamento, bem como multas e débitos ainda pendentes, serão cobradas do responsável financeiro e, em caso de não pagamento, poderá haver a inscrição nos órgãos de proteção ao crédito e medidas judiciais cabíveis.

## FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO - RN 561

9. A utilização indevida do plano, ou seja, após a data do cancelamento, ACARRETARÁ NA COBRANÇA INTEGRAL DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS ao responsável financeiro e, em caso de não pagamento, poderá haver a inscrição nos órgãos de proteção ao crédito e medidas judiciais cabíveis.

10. O cancelamento do responsável financeiro, sendo este beneficiário titular, não implica necessariamente no cancelamento do contrato, podendo o(s) dependente(s) permanecer(em) no plano mediante a transferência da responsabilidade financeira a um dos dependentes já inscritos, maior de 18 (dezoito) anos e com capacidade para os atos da vida civil.

11. A operadora encaminhará o comprovante de efetivação do cancelamento do(s) Beneficiário(s), conforme dados informados do documento pelo beneficiário titular ou representante.

- Declaro estar ciente das informações acima.
- Concordo com o cancelamento do plano conforme artigo 15 - RN 561/ANS.

Nome do Titular:		
Telefone:	E-mail Pessoal:	
Endereço:		
CEP:	Bairro:	Cidade / UF:
Envio da Confirmação de Cancelamento:	( ) E-mail	( ) Correio

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA TITULAR DO PLANO

\*\*\*\*\*

Eu, \_\_\_\_\_ responsável pela empresa \_\_\_\_\_ me responsabilizo pelas informações preenchidas no formulário e caso tenha alguma demanda judicial a empresa responderá em todos os órgãos competentes.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA EMPRESA

LOCAL \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

# FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO - RN 561

Formulário adequado a RN 438

Prezado(a) Cliente:

Comunicamos que, em virtude da perda da qualidade de beneficiário(a) no plano de saúde com esta operadora, sua exclusão foi(será) efetivada no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (data da exclusão realizada/programada).

A exclusão do plano de saúde se deve ao seguinte fato:

- falecimento do titular do plano
- perda da condição de dependência
- extinção do contrato de trabalho
- término do período como inativo, previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9656/98
- rescisão do contrato de plano de saúde firmado com a pessoa jurídica

Em atendimento ao disposto no art. 8º da Resolução Normativa nº 438/18, aproveitamos a oportunidade para informar sobre o seu direito ao exercício da portabilidade de carências, em 60 (sessenta) dias contados da data supracitada, desde que atendidos todos os requisitos da referida resolução.

Informamos também que, para o exercício da portabilidade, deverá considerar o valor de mensalidade de acordo com o valor atual que é pago pelo contratante.

Colocamo-nos à sua disposição para esclarecimentos adicionais, através do(s) telefone(s):

(27) 2103-6660 / (27) 2103-6690

NOME DO(A) BENEFICIÁRIO(A): \_\_\_\_\_

Obs.: Em casos de dependentes menores de 18 anos, o Responsável Titular deverá assinar o Termo.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO (A) BENEFICIÁRIO (A)

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.