

FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO

TIPO DE PLANO:

PESSOA FÍSICA

PESSOA JURÍDICA

Contratante:

Número do Contrato:

Operadora: UNIMED NORTE CAPIXABA

Registro ANS N°: 37.177-7

MOTIVO DO CANCELAMENTO

3	Desligamento da Empresa por Justa causa
4	Desligamento da Empresa sem Justa Causa
5	Inadimplência
6	Óbito - Anexar cópia da Certidão de Óbito, em atendimento a Resolução/ANS RN n.º 86 de 15/12/2004.
7	Exclusão decorrente de mudança do código do Beneficiário, motivada por adaptação de sistema da Operadora (Utilizar este motivo em caso de migração, mudança de plano)
8	Transferência de Carteira
9	Alteração individual do código do beneficiário
10	Inclusão Indevida de Beneficiários
11	Perda da Elegibilidade Contratual de Beneficiário

Contribuição do ex-empregado para Plano de Saúde (coparticipação e franquia não equivalem à contribuição)

Não há, pois a empresa subsidia integralmente a mensalidade do titular

O titular contribui parcialmente ou integralmente com o pagamento da mensalidade

Solicitamos a exclusão dos beneficiários abaixo elencados do plano de saúde da Unimed:

DADOS TITULAR E DEPENDENTES

Motivo	Nome	Código Cartão

DATA EXCLUSÃO: ____/____/____.

OBS.: Informamos que é obrigação da **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **CONTRATADA**, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a **CONTRATADA**, a partir da exclusão do usuário, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

- () Eu _____, DECLARO A ENTREGA DO(S) CARTÃO (ÕES) ACIMA.
- () Eu _____, DECLARO NÃO TER DEVOLVIDO O(S) CARTÃO (ÕES) ACIMA.

Assinatura Contratante



Formulário adequado a RN 279

COMUNICADO

Comunicamos que, de acordo com a RN/ANS 290/2011, V.Sa. temo **prazo de 30 (trinta) dias**, a contar da presente data, para manifestar o interesse na manutenção da condição de beneficiário no plano de saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, assumindo o pagamento integral do mesmo.

A falta de manifestação no prazo acima será interpretada como falta de interesse na manutenção do plano.

Informamos ainda que, de acordo com o parágrafo único do art. 4º. da RN 279, o período de manutenção na condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Tempo de contribuição: (_____)

Assinatura Contratante/ Empresa

DECLARAÇÃO

DECLARO, para todos os fins de direito que, em resposta ao comunicado sobre o direito de manter a condição de beneficiário no plano de saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho com a empresa _____, assumindo o pagamento integral, na forma disposta na RN/ANS n. 279, faço a seguinte opção:

- () pela manutenção da condição de beneficiário na forma da RN 279/2011.
- () pela **não** manutenção da condição de beneficiário (**exclusão**).

A falta de manifestação no prazo acima será interpretada como falta de interesse na manutenção do plano.

Preenchimento obrigatório:

Nome Completo:
Endereço:
Telefone:
E-mail (pessoal):

Local _____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO(A) FUNCIONÁRIO(A)

POP MRD 009 ANX 001



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 _____.

POP MRD 009 ANX 001