

REQUERIMENTO PARA EXCLUSÃO DO PLANO UNIMED N/NE.

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

CÓDIGO DA CARTEIRA:

1 - Eu, _____, Titular/Responsável Financeiro, solicito o desligamento do plano de saúde da Unimed N/Ne dos seguintes integrantes do meu grupo familiar:

- () Do Próprio Titular
() Dos seguintes dependentes:

Código: _____ Nome: _____

Código: _____ Nome: _____

Código: _____ Nome: _____

MOTIVO DO DESLIGAMENTO: _____

2 - Declaro estar ciente de que no ato do cancelamento do plano comprometo-me a devolver a(s) carteira(s) do(s) beneficiário(s) que está(rão) sendo desligado(s). Caso a(s) carteira(s) do plano assistencial não seja(m) devolvida(s), estou ciente de que sou responsável pelo pagamento de quaisquer utilizações indevidas após a efetivação do meu desligamento inclusive nos casos de urgência e emergência.

3 - Declaro ainda estar ciente de que o cancelamento do plano terá efeito imediato e caráter irrevogável a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios.

4 - Declaro, também, estar ciente que, ao solicitar cancelamento do meu plano de saúde terei as seguintes implicações quando do eventual ingresso em novo plano de saúde:

- 4.1) Cumprimento de novos prazos de carência;
- 4.2) Perda do direito à portabilidade de carência (caso o pedido não tenha sido este o motivo do pedido)
- 4.3) Perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;
- 4.4) 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 até 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;
- 4.5) As mensalidades vencidas ou eventuais co-participações devidas que tenham data anterior a solicitação de cancelamento deverão ser quitadas;
- 4.6) A exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, já nos casos de Coletivo Empresarial ou Coletivo por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009

As informações acima prestadas são expressão da verdade, motivo pelo qual firmo o presente termo em duas vias, de igual forma e teor.

_____, ____ de _____ de _____.

BENEFICIÁRIO TITULAR