

Form-DVCR-02  
Rev.07  
Emissão: 19/06/2017

## SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO - CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL



<b>Contratada:</b> Unimed Grande Florianópolis Cooperativa de Trabalho Médico	<b>Registro ANS:</b> 36044-9
<b>Contratante:</b> CDL FLORIANÓPOLIS	<b>E-mail:</b> beneficios@cdlflorianopolis.org.br

### DADOS DO TITULAR DO PLANO

<b>Nome do Titular:</b>		
<b>E-mail:</b>		<b>Telefone:</b>
<b>Logradouro:</b>		
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>Estado:</b>
<b>CEP:</b>	<b>Complemento:</b>	

### MOTIVO DA EXCLUSÃO

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

<b>41</b> – Rompimento do Contrato por Iniciativa do Beneficiário	<b>77</b> - Viagem ou mudança de domicílio
<b>42</b> – Desligamento da Empresa (Contrato Coletivo Empresarial) Data da Exclusão: ____/____/____. *Preencher sempre com o primeiro dia do mês futuro.	<b>78</b> - Dificuldades com a rede/agendamento
<b>71</b> - 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.	<b>79</b> - Dificuldades na autorização
<b>72</b> - Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (a pedido do Titular)	<b>81</b> - Insatisfeito com o atendimento do plano
<b>44</b> - Exclusão por óbito do beneficiário. *Anexar cópia da certidão de óbito. Data da Exclusão: ____/____/____.	<b>82</b> - Plano está muito caro
<b>75</b> - Migração para outra operadora	<b>84</b> – Beneficiário inadimplente com a Contratante. Data de Exclusão: ____/____/____. *Preencher sempre com o primeiro dia do mês futuro.
<b>76</b> - Migração ou mudança de plano na mesma Unimed	

### DADOS DOS BENEFICIÁRIOS EXCLUÍDOS

Beneficiário	Código do Cartão	CPF	Devolução do Cartão?
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### MANUTENÇÃO DO PLANO PARA DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADOS<sup>1</sup>

1. Conforme artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98, regulamentados pela RN n.º 279/2011, é garantido aos **ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados** inscritos em **contratos celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou que foram adaptados à Lei nº 9.656**, o direito de manutenção da condição de beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que tenham contribuído para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu **plano pré-pagamento**.

1.1. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no **prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.**

2. Dessa forma, caso o motivo da exclusão do beneficiário titular seja em razão de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é necessário o preenchimento do questionário abaixo:

2.1. O beneficiário titular contribuiu no custeio parcial ou integral da mensalidade do plano?  Sim  Não **(sem direito ao benefício – não preencher questões abaixo).**

2.2. Por quantos meses o beneficiário titular contribuiu com o pagamento da mensalidade? \_\_\_\_\_ meses.

2.3. O fim da relação empregatícia ou estatutária deu-se por:  Aposentadoria  Demissão sem justa causa  Exoneração sem justa causa  Outros **(sem direito ao benefício – não responder questões abaixo).**

2.4. O beneficiário titular se aposentou e continuou trabalhando sem interrupção?  Sim  Não

2.5. O beneficiário titular optou pela manutenção do plano na condição de ex-empregado?  Sim.

### DATA DA EXCLUSÃO

1. Quando a exclusão ocorrer por iniciativa do beneficiário, o (a) Contratante tem o prazo legal de **até 30 (trinta) dias** para cientificar a Contratada que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências necessárias para processamento da exclusão, conforme art. 7º, § 1º da RN n.º 412/2016.

2. Expirado o prazo disposto no item “1” sem que o (a) Contratante tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à Contratada, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à Contratada, de acordo com o §2º, do art. 7º da RN n.º 412/2016.

3. **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.**

4. Quando a exclusão for solicitada por iniciativa da Empresa Contratante (motivos 42, 71 e 84), **sempre deverá ser encaminhada para o primeiro dia do mês futuro.**

### CONSEQUÊNCIAS DA EXCLUSÃO

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.**

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

**1. Nos casos de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria (Motivo 42), a exclusão só será processada mediante apresentação do comprovante de ciência do beneficiário sobre o direito à manutenção do plano de saúde, na condição de ex-empregado, previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e RN 279/11.**

**2. O beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve ser comunicado pelo (a) Contratante, no ato do aviso prévio, que possui o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos a partir da comunicação para solicitar a manutenção do plano nas mesmas condições.**

**3. O prazo supracitado começa a contar da data da ciência do beneficiário. Ex.: Se a ciência ocorreu em 02/05/2017, o beneficiário tem até o dia 31/05/2017 para manifestar o interesse em manter o plano de saúde.**

**4. Considera-se prorrogado o prazo até o primeiro dia útil seguinte se o vencimento cair em dia em que não houver expediente.**

**5. É imprescindível o preenchimento de todos os campos solicitados neste formulário, sob pena de não efetivação da exclusão.**

**6. Para as exclusões solicitadas por iniciativa do beneficiário titular, ou seja, **motivos 41, 72, 44, 75, 76, 77, 78, 79, 81 e 82** é **OBRIGATÓRIA a assinatura da pessoa jurídica e do beneficiário. Não será aceito formulário que contenha rasura e que não esteja assinado e carimbado pela (o) Contratante e pelo beneficiário, quando for este o solicitante da exclusão.****

**7. No motivo 44, caso o titular do plano tenha falecido, somente a assinatura do Contratante é suficiente, desde que seja apresentada a certidão de óbito. No entanto, caso um dos dependentes tenha falecido, caberá ao titular assinar o formulário solicitando a exclusão.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Contratante e Carimbo

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário Titular

Para uso exclusivo da Unimed Grande Florianópolis:

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo – Data e Hora de Recebimento na Unimed

\_\_\_\_\_  
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