

**SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DE CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO (CA)**



**1. Dados do Beneficiário Titular**

|           |  |                        |  |                  |  |  |  |
|-----------|--|------------------------|--|------------------|--|--|--|
| Nome:     |  |                        |  |                  |  |  |  |
| CPF:      |  | Código Unafisco Saúde: |  | Data Adesão:     |  |  |  |
| Telefone: |  |                        |  | Informe o Plano: |  |  |  |
| Celular:  |  |                        |  | E-mail:          |  |  |  |

**2. Tipo de Exclusão (Assinale com um "X" na coluna à esquerda, qual a composição de beneficiários que serão excluídos do plano)**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Titular e Grupo Familiar (Exclui o titular e todos os dependentes e agregados relacionados no item 4 deste formulário) |
| <input type="checkbox"/> | Dependentes e/ou Agregados (Exclui o(s) dependente(s) e/ou agregado(s) relacionado(s) no item 4 deste formulário)      |

**3. Motivo principal da Exclusão (Assinale o motivo com um "X", na coluna à esquerda)**

|                          |  |                                    |  |                          |                      |
|--------------------------|--|------------------------------------|--|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Financeiro   | <input type="checkbox"/>           | Independência Financeira (Dep. / Agregado)   | <input type="checkbox"/> | Divórcio / Separação |
| <input type="checkbox"/> | Falecimento – Dependente / Agregado  | <input type="checkbox"/>           | Mudança para exterior (Dep. / Agreg. / Tit.) | <input type="checkbox"/> | Troca de plano       |
| <input type="checkbox"/> | Falecimento titular com troca de titularidade (Neste caso, informe abaixo os dados do novo beneficiário titular) |                                    |  |                          |                      |
| Nome:                    |  |                                    |  |                          |                      |
| CPF:                     |  | Informe o Plano (Premium ou Soft): |  |                          |                      |

**3.1 Motivos adicionais (Por favor, marque com "x"):**

- Desligamento da empresa
- Dificil acesso com a administração do plano
- Dificuldade e/ou demora recorrente para autorização ou cobertura de procedimentos
- Dificuldade em realizar solicitações administrativas (reembolso, carteirinha, pagamento, etc)
- Falta de rede credenciada na região onde eu moro
- Mensalidade alta
- Mudança para plano empresa (Mensalidade mais atrativa)
- Pouca qualidade dos hospitais de rede credenciada
- Procedimentos não cobertos
- Troca para um plano com coparticipação
- Outros motivos:

**4. Relação dos Beneficiários a serem excluídos**

| Ordem | Nome | Grau parentesco |
|-------|------|-----------------|
| 1     |      |                 |
| 2     |      |                 |
| 3     |      |                 |
| 4     |      |                 |
| 5     |      |                 |
| 6     |      |                 |
| 7     |      |                 |
| 8     |      |                 |

**5. Exclusão no Plano de Saúde** (Indicar a partir de qual dia/mês/ano deseja que os beneficiários relacionados acima sejam excluídos)

|      |  |      |  |      |  |
|------|--|------|--|------|--|
| DIA: |  | MÊS: |  | ANO: |  |
|------|--|------|--|------|--|

**6. Declaração de ciência**

6.1 Que a partir da data livremente informada o(s) beneficiário(s) não fará(ão) parte do Unafisco Saúde, estando assim sem direito assistência médico-hospitalar.

6.2 Que, em cumprimento aos termos do art. 15 da Resolução Normativa ANS 412/2016, que dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão), o SINDIFISCO NACIONAL (Unafisco Saúde) esclarece:

I. Eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº9.656, de 3 de junho de 1998;

c) no 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;

d) na 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;

II – efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;

III – as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;

IV – as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;

V – 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; e

VI – a exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou 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, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

6.3 Por força de cumprimento das normas regulamentares, que tratam sobre as CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO, faz-se necessário obter declaração de vontade do beneficiário titular, apresentada por escrito, com a devolução das carteiras personalizadas do plano de saúde de todo o grupo familiar.

6.4 Caso não seja possível a devolução imediata da(s) carteira(s) personalizada(s) do plano de saúde, na condição de titular do Unafisco Saúde, se responsabiliza, a partir desta data, por quaisquer despesas decorrentes da utilização indevida da cobertura assistencial em seu próprio nome e de seus dependentes, podendo tais despesas ser consideradas dívidas líquidas e certas e cobradas por meio de ações administrativas e judiciais.

6.5 Na condição de titular, que em planos coletivos, na condição de ativo com comercialização suspensa, não será permitida a inclusão de novos beneficiários conforme define o inciso II, art. 12 da Resolução Normativa ANS 85/ 2004, exceto:

6.5.1 Novo cônjuge, considerado aquele(a) dependente do(a) titular que ainda não tenha sido participante do plano em algum momento. A adesão está condicionada ao envio de documentação comprobatória. Solicitação de reinclusão de cônjuge não será permitida.

6.5.2 Filhos do titular. Quanto aos filhos poderão ser incluídos normalmente (filhos com 25 anos ou mais serão enquadrados como agregados).

6.6 Numa eventual solicitação de exclusão do plano Premium, NÃO será permitido o reingresso neste produto.

6.7 Em caso de migração do plano Premium para o Plano Soft (ou outro produto do Unafisco Saúde), NÃO será permitido o reingresso no plano Premium.

**SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DE CONTRATO COLETIVO POR ADEÇÃO (CA)**



6.8 Que estará renunciando, integralmente, a todas as coberturas e serviços diferenciados e exclusivos oferecidos no plano Premium.

6.9 Que o acolhimento ao pedido de exclusão por falecimento estará condicionado ao recebimento da certidão de óbito.

6.10 Que a solicitação de exclusão de qualquer beneficiário, antes de completados os primeiros 12 (doze) meses contados da data de adesão, sujeitará o titular ao pagamento de multa rescisória na ordem de 10% (dez por cento) sobre o montante das mensalidades restantes para se completar o período inicial de vigência mínima contratual.

**IMPORTANTE:**

Exclusão de Titular e/ou Dependentes/Agregados por óbito sem Troca de Titularidade

– Enviar cópia simples da certidão de óbito

Exclusão de Titular e/ou Dependentes / Agregados por óbito com Troca de Titularidade

– Enviar cópia simples da certidão de óbito + formulário (troca de titularidade) à <https://unafiscosaude.org.br/site/wp-content/uploads/2016/02/Formulario-Troca-Migracao.pdf>

|  |   |
|--|---|
| <b>PARA ASSINATURA OBRIGATÓRIA DO SOLICITANTE (RESPONSÁVEL):</b><br>Local/Data: _____/_____/_____<br>Assinatura: ..... | <b>PARA USO DAS DELEGACIAS SINDICAIS:</b><br>Recebido em (Data): ____/____/_____<br>Assinatura: ..... |
|--|---|

**7. Para Uso Exclusivo do Unafisco Saúde**

|  |   |                        |  |  |  |                         |  |  |  |
|--|---|------------------------|--|--|--|-------------------------|--|--|--|
| <b>REGISTRADO/RECEBIDO EM:</b><br>(Data): ____/____/_____<br>Por (Assinatura sob carimbo): ..... | <b>SOLICITAÇÃO CADASTRADA NO(S) SISTEMA(S):</b><br>(Data): ____/____/_____<br>Por (Assinatura sob carimbo): .....   |                        |  |  |  |                         |  |  |  |
| <b>ANALISADO POR:</b><br>(Data): ____/____/_____<br>Por (Assinatura sob carimbo): .....          | <table border="1"><tr><td><b>Data – Inclusão</b></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td><b>Data – Exclusão:</b></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | <b>Data – Inclusão</b> |  |  |  | <b>Data – Exclusão:</b> |  |  |  |
| <b>Data – Inclusão</b>   |   |                        |  |  |  |                         |  |  |  |
| <b>Data – Exclusão:</b>  |   |                        |  |  |  |                         |  |  |  |