



Solicitação de Exclusão de Beneficiário Titular em Plano Coletivo Empresarial¹

Unimed
Vitória

DADOS DO CONTRATANTE/TITULAR

RAZÃO SOCIAL DA CONTRATANTE

| | |
|---------------------------------|----------------------------|
| NOME DO TITULAR | CPF DO TITULAR |
| NÚMERO DO CARTÃO 080. | TELEFONE DO TITULAR () |
| E-MAIL DO TITULAR | |

MOTIVO DE EXCLUSÃO² (MARQUE UM "X" NO MOTIVO DE EXCLUSÃO CORRESPONDENTE)

- A** – INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR³ (RN 561)
 D – DEMISSÃO/EXONERAÇÃO SEM JUSTA CAUSA
 G – APOSENTADORIA
 J – FRAUDE
 B – PEDIDO DE DEMISSÃO
 E – RESCISÃO POR ACORDO
 H – ÓBITO
 C – DEMISSÃO/EXONERAÇÃO COM JUSTA CAUSA
 F – TÉRMINO DE CONTRATO
 I – INADIMPLEMENTO

INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS (PARA EXCLUSÃO PELOS MOTIVOS D ou G):

| | | |
|--|--|---|
| DATA DA RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO: / / | O EX-EMPREGADO CONTRIBUÍ ⁴ COM O PLANO DE SAÚDE? SIM ⁵ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> | PERMANECEU NA MESMA EMPRESA APÓS APOSENTADORIA, CONTRIBUINDO COM O PLANO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NA UNIMED VITÓRIA: () MESES | TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NA OUTRA OPERADORA: () MESES | INFORME A OPERADORA: |
| PERMANÊNCIA NO PLANO DE INATIVOS: ⁶ <input type="checkbox"/> OPTOU EM MANTER O PLANO ⁷ <input type="checkbox"/> RECUSOU MANTER O PLANO ⁸ | | |

OBSERVAÇÃO

Os dados pessoais informados no presente Termo de Exclusão serão tratados pela UNIMED VITÓRIA conforme os princípios e obrigações estabelecidos pela Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (“LGPD”) com o propósito de cumprimento de obrigação legal ou regulatória e execução do contrato. A UNIMED VITÓRIA realizará os tratamentos da forma mais adequada e eficiente, tratando quaisquer dados ou informações coletadas como confidenciais. **Caso os dados pessoais informados sejam relativos a crianças ou adolescentes, o responsável legal autoriza o seu tratamento.** O titular dos dados é livre para exercer, a qualquer momento, os seus direitos inerentes à proteção de dados pessoais.

Mais informações sobre o tratamento de dados pessoais podem ser acessadas na POLÍTICA DE PRIVACIDADE, disponível em <http://www.unimedvitoria.com.br>.

1 É obrigatório o preenchimento de todos os campos desse formulário.

2 Em caso de demissão, término de contrato, exoneração ou aposentadoria, o beneficiário titular e os seus dependentes, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano, poderão exercer a portabilidade de carências, nos termos da respectiva Resolução Normativa vigente. Por isso, a **solicitação de exclusão pelos motivos B, C, D, E, F, G e J deverá vir acompanhada do Comunicado de Exclusão e do Direito à Portabilidade de Carências** devidamente assinado pelo beneficiário titular.

NOTA: As exclusões pelos motivos A, B, C, E, F, H, I ou J não dão direito à manutenção do plano de saúde como inativo. Somente as exclusões pelos motivos D e G podem dar direito à manutenção do plano de saúde.

3 Art. 15, RN n.º 561

Conforme as determinações do art. 15 da Resolução Normativa (RN) n.º 561 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou norma que vier a substituí-la, informamos que o pedido de exclusão de beneficiário do plano de saúde coletivo importará nas seguintes consequências:

I) Quando o(a) senhor(a) ingressar em um novo plano de saúde:

- a) terá que **cumprir novos períodos de carências** (art. 12, V, Lei n.º 9.656/1998).
 b) será necessário o preenchimento da Declaração de Saúde e se existir Doença ou Lesão Preexistente (DLP), poderá ser **exigido o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, que suspende a cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos pelo prazo de até 24 meses.
 c) haverá a **perda imediata de quaisquer benefícios de isenção** de mensalidade (remissão), devendo arcar com o pagamento da mensalidade do novo plano.

II) **Não será possível realizar a portabilidade** de carências nos termos previstos na RN n.º 438 da ANS ou norma que vier a substituí-la, caso não tenha sido este o motivo do pedido.

III) **Efeito imediato e caráter irrevogável** da solicitação de exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora.

IV) As despesas de mensalidades e participações devidas pela utilização ou realização de serviços até esta data serão de sua responsabilidade.

V) A partir da solicitação de exclusão do beneficiário, a operadora não custeará nenhuma despesa, nem nos casos de urgência ou emergência, correndo por sua conta o pagamento integral pela realização de qualquer procedimento.

VI) **A exclusão do titular do plano de saúde implicará na exclusão de todos os seus dependentes**, exceto se o contrato estabelecer expressamente de forma diversa.

VII) Perda do direito ao benefício previsto nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/1998, mesmo que seja demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado e já tenha contribuído para o custeio do plano de saúde anteriormente.

NOTA: Exclusões por INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (RN 561) serão realizadas com a data da exclusão coincidindo com a data da ciência da operadora. As exclusões pelos demais motivos serão realizadas conforme contrato celebrado entre as partes.

4 Para **manutenção do plano de saúde como inativo** considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária (mensalidade) de seu plano de saúde.

Não se caracteriza como contribuição:

- o pagamento de qualquer valor referente aos dependentes;
- o desconto em folha referente ao pagamento de coparticipação pela realização de procedimentos.

5 É obrigatório o envio do **Termo de Ciência do Direito de Permanência** no Plano de Saúde devidamente assinado pelo Titular.

6 Somente para exclusão em razão de demissão ou exoneração sem justa causa, ou aposentadoria.

7 A inclusão do demitido ou exonerado sem justa causa no plano de inativos será realizada somente com o Termo de Ciência do Direito de Permanência no Plano de Saúde emitido com data menor de 30 dias, o Termo de Opção de Manutenção no Plano de Saúde como inativo, comprovante de residência recente (máximo 03 meses) em nome do titular e Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho. A inclusão do aposentado no plano de inativos será realizada somente com o Termo de Ciência do Direito de Permanência no Plano de Saúde emitido com data menor de 30 dias, o comprovante de residência recente (máximo 03 meses) em nome do titular, Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho e Carta de Concessão de Aposentadoria.

8 A exclusão do demitido ou exonerado sem justa causa ou do aposentado que tenha contribuído com o plano somente será realizada se acompanhada do Termo de Ciência do Direito de Permanência no Plano de Saúde.

ASSINATURA

| | |
|--|---------------------|
| ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA / ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (SE EXCLUSÃO PELO MOTIVO A) | DATA DA SOLICITAÇÃO |
| RECEBIDO POR | DATA DO RECEBIMENTO |



Comunicado de Exclusão e do Direito à Portabilidade de Carências

Prezado(a) Cliente,

Comunicamos que, em virtude da perda da qualidade de beneficiário(a) no plano de saúde com esta operadora, sua exclusão e de seus dependentes, se houver, será efetivada na data de ciência da operadora, se a exclusão for por INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (RN n.º 561) ^A e para os demais motivos, a exclusão seguirá conforme as regras previstas no contrato firmado entre as partes.

Em atendimento ao disposto no art. 8.º da Resolução Normativa n.º 438 ou norma que vier a substituí-la, aproveitamos a oportunidade para informar sobre **o seu direito ao exercício da portabilidade de carências**, que será concedido desde que atendidas todas as diretrizes da normativa.

A exclusão do plano de saúde foi solicitada pelo seguinte motivo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pedido de demissão ^B | <input type="checkbox"/> Término de contrato ^F |
| <input type="checkbox"/> Demissão com justa causa ^C | <input type="checkbox"/> Aposentadoria ^G |
| <input type="checkbox"/> Demissão/Exoneração sem justa causa ^D | <input type="checkbox"/> Óbito ^H |
| <input type="checkbox"/> Rescisão por acordo ^E | <input type="checkbox"/> Fraude ^J |

- ① As exclusões realizadas pelos motivos INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (RN n.º 561) ^A ou INADIMPLEMENTO^I **não dão direito a portabilidade de carências;**
- ② A exclusão realizada pelo motivo ÓBITO ^H **concede o direito a portabilidade de carências por parte do(s) dependente(s)** do beneficiário titular falecido.

Prazos

O prazo para o exercício da portabilidade de carências é de **60 (sessenta) dias** contados da:

- a) **data de hoje**, caso recuse ou não possua direito ao benefício de manutenção do plano de saúde, estabelecido na Lei n.º 9.656/1998 e na Resolução Normativa n.º 488 ou norma que vier a substituí-la; ou
- b) da **data da ciência do término do período de manutenção da condição de beneficiário**, caso opte por permanecer no plano de saúde como inativo, conforme artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/1998 e Resolução Normativa n.º 488 ou norma que vier a substituí-la.

Orientamos a acessar a 'Área de Clientes' no site www.unimedvitoria.com.br para informar-se sobre valor da mensalidade e período para o exercício da portabilidade.

Estamos à sua disposição para esclarecimentos adicionais pelo telefone 0800 026 0080.

ASSINATURA | BENEFICIÁRIO TITULAR

Ciente em ____/____/____

(Assinatura do titular do plano)

Nome completo:

Número do Cartão: **080**.