

TERMO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTES E DE CANCELAMENTOS DE OPCIONAIS

Coletivo Adesão/Coletivo Empresarial

Unimed
Vitória

IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA

OPERADORA UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO				REGISTRO NA ANS Nº 357391	
ENDEREÇO AV. CEZAR HILAL, 700, 3º ANDAR – BENTO FERREIRA – VITÓRIA – ES – CEP: 29.050-903			INSCRIÇÃO NO CNPJ 27.578.434/0001-20		TELEFONE 0800 026 0080
RESPONSÁVEL FABIANO PIMENTEL PEREIRA DEJAIR XAVIER CORDEIRO	RG 927987 SPTC/ES 512031 SPTC/ES	ESTADO CIVIL CASADO DIVORCIADO	NACIONALIDADE BRASILEIRA BRASILEIRA	PROFISSÃO MÉDICO MÉDICO	CARGO DIRETOR-PRESIDENTE DIRETOR

Eu, _____
[] beneficiário titular [] beneficiário dependente (maior de idade) do contrato código 080, _____,
solicito e autorizo a Unimed Vitória a proceder com a exclusão do(s) beneficiário(s) abaixo identificado(s) e o cancelamento dos opcionais abaixo relacionados, e tenho ciência que a exclusão solicitada pelo beneficiário titular será realizada nos termos da **RN n.º 561***.

DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME DO TITULAR		TELEFONE (OBRIGATÓRIO) ()	<input type="checkbox"/> PBM <input type="checkbox"/> SOS
E-MAIL DO TITULAR (OBRIGATÓRIO)			
NOME DO DEPENDENTE 01		<input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> PBM <input type="checkbox"/> SOS
NOME DO DEPENDENTE 02		<input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> PBM <input type="checkbox"/> SOS
NOME DO DEPENDENTE 03		<input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> PBM <input type="checkbox"/> SOS
CAMPO DESTINADO AOS CLIENTES QUE RECEBEM BOLETOS INDIVIDUAIS	BANCO	AGÊNCIA	NÚMERO DA CONTA

MOTIVO

1. ÓBITO DO DEPENDENTE 4. INICIATIVA DA CONTRATANTE/ADMINISTRADORA
2. INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (RN N.º 561)* Perda da qualidade de dependência Perda da condição de beneficiário do titular
3. INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE Inadimplemento Fraude

Os dados pessoais informados voluntariamente no presente Termo de Exclusão serão tratados pela UNIMED VITÓRIA de acordo com 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 necessários para que possa prestar os serviços contratados de 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, seus direitos inerentes à proteção de dados pessoais. O beneficiário titular, ao decidir excluir dependentes em seu plano de saúde, assume o compromisso de comunicar a eles as informações acima sobre tratamentos de dados realizados pela UNIMED VITÓRIA.

Mais informações sobre o tratamento de dados pessoais podem ser acessadas na **POLÍTICA DE PRIVACIDADE**, disponível em www.unimedvitoria.com.br.

Declaro que tenho ciência e concordo que a **responsabilidade da Unimed Vitória em autorizar e/ou custear os atendimentos e procedimentos previstos no contrato de plano de saúde e/ou dos opcionais se encerra na data de ciência da Operadora**, se a exclusão for por iniciativa do beneficiário titular (RN n.º 561) ou conforme Calendário de Movimentação, se for por outros motivos.

Declaro saber e concordar que eventuais **valores referentes à coparticipação por qualquer utilização** durante a vigência do contrato **serão cobrados** do responsável pelo pagamento.

Declaro, também, estar ciente de que caso os cartões de plano de saúde não sejam devolvidos, **qualquer utilização após a data da efetivação da exclusão será considerada indevida** e, por este motivo, o beneficiário titular deverá arcar com o custo integral de toda e qualquer despesa decorrente dessa utilização.

Por fim, declaro que fui comunicado que em caso de perda da condição de dependência do beneficiário dependente, a portabilidade de carências poderá ser exercida se requerida no prazo de 60 dias a contar da ciência da extinção de seu vínculo com a Operadora. Acesse a 'Área de Clientes' no site www.unimedvitoria.com.br para informar-se sobre valor da mensalidade e período para o exercício da portabilidade.

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:

- Quando o(a) dependente ingressar em um novo plano de saúde:
 - terá **que cumprir novos períodos de carências** (art. 12, V, Lei n.º 9.656/1998).
 - 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-de (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos pelo prazo de até 24 meses.
 - haverá a **perda imediata de quaisquer benefícios de isenção** de mensalidade (remissão), devendo arcar com o pagamento da mensalidade do novo plano.
- Não será possível realizar a portabilidade de carências** nos termos previstos na RN n.º 438 da ANS, caso não tenha sido este o motivo do pedido.
- Efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de exclusão** de beneficiário, a partir da ciência da operadora.
- As despesas de mensalidades e coparticipações devidas pela utilização ou realização de serviços até esta data serão de sua responsabilidade.
- 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.
- 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.

ASSINATURAS

CONTRATANTE/ADMINISTRADORA (Motivos 1 e 4) E/OU TITULAR (Motivos 1 e 2) E/OU DEPENDENTE (MAIOR DE IDADE) (Motivo 3)	DATA
RECEBIDO POR:	DATA