**INFORMAÇÕES SOBRE CONSEQUENCIAS DA SOLICITAÇÃO DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO**

Prezado (a) beneficiário (a) titular, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**Tendo em vista a solicitação para a sua exclusão e/ou de seus dependentes, do contrato coletivo firmado por CONTRATANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , formalizada em DATA \_\_/\_\_/\_\_ E HORA \_\_\_:\_\_\_ DA EXCLUSÃO, através de TELEFONE( ) PORTAL( ) E-MAIL( ) OU PRESENCIAL( ), vimos, pela presente, em conformidade com o que determina a Resolução Normativa (RN) nº. 412/2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), prestar as seguintes e importantes informações que envolvem a solicitação:

**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 nº 9.656, 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 contra prestações 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 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.**

Informamos, ainda, que em um prazo de até 10 (dez) dias úteis, a contar da solicitação de cancelamento do plano de saúde, será encaminhado comprovante do efetivo cancelamento do seu contrato, contendo, inclusive, informações sobre eventuais cobranças relativas a serviços prestados.

Em caso de dúvidas, necessidade de auxílio ou esclarecimento, ficamos ao seu dispor, através do telefone, (55) 4001- 6565 bem como através do nosso sitio eletrônico na internet: www.unimedsm.com.br, ou através do nosso endereço Rua Professor Braga nº 141, Centro- Santa Maria, bem como em nossos escritórios regionais.

**Declaro ter lido, preenchido e entendido o presente documento, estando ciente e de acordo com as informações nele contidas.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

 CIDADE DIA MÊS ANO

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Beneficiário Titular**

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Av/Rua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_