



www.unimedamparo.com.br  
Av. Saudade, 369 - Centro  
13900-570 - Amparo - SP  
T. (19) 3808-7077

**Solicitação de Cancelamento /Exclusão do Plano de Saúde Coletivo Empresarial/Adesão**  
**“A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO”**

Eu, \_\_\_\_\_, código  
do cartão \_\_\_\_\_, funcionário  
da empresa \_\_\_\_\_, residente  
a: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
(Obrigatório endereço de correspondência atualizado do colaborador)  
bairro \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_,  
Telefone \_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_, titular  
(Obrigatório pessoal e-mail do colaborador)

do plano de assistência médico hospitalar com a Unimed Amparo, **SOLICITO:**

(  ) **Cancelamento do titular e dependentes**

(  ) **Cancelamento de dependente: Qual (is):**

1 . Nome: \_\_\_\_\_

2 . Nome: \_\_\_\_\_

3 . Nome: \_\_\_\_\_

**Estou ciente das Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde, conforme o Artigo 15 da Resolução Normativa 412/2016 da Agência Nacional de Saúde, que são:**

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



[www.unimedamparo.com.br](http://www.unimedamparo.com.br)

Av. Saudade, 369 - Centro

13900-570 - Amparo - SP

T. (19) 3808-7077

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 plano ocasionará quebra do vínculo com a Unimed Amparo perdendo o direito ao benefício dos artigos 30 e 31 da lei 9656/98.

De acordo com as informações acima e devidamente esclarecidas solicito minha exclusão/de meus dependentes para:

Data da exclusão: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Obrigatório o preenchimento)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

Nome do titular:

CPF:

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo da empresa)

Nome da responsável da empresa:

CPF:

Data do envio para a Unimed Amparo : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_\_m ( empresa preencher)  
(Obrigatório o preenchimento)

Data do recebimento da solicitação na Unimed Amparo : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_\_m