
	Solicitação de Exclusão Coletivo por Adesão	Padrão nº: FOR ACC 001
		Página 1 de 2

Cancelamento Programado - Próxima Fatura	
Contratante:	ASSUNIVASF
Cód. Contrato:	
Telefone:	87-3861-4244
E-mail:	assunivasf@hotmail.com
CNPJ:	07.548.350/0001-36
Solicito a(s) exclusão(ões) do(s) beneficiário(s) abaixo listado(s) (Deve ser preenchido pelo titular ou empresa contratante):	
TITULAR:	Data de Nasc.: __/__/__
DEPENDENTES:	
1.	Data de Nasc.: __/__/__
2.	Data de Nasc.: __/__/__
3.	Data de Nasc.: __/__/__
4.	Data de Nasc.: __/__/__
5.	Data de Nasc.: __/__/__

1. Este formulário é destinado para solicitação de exclusão de beneficiário de plano coletivo por ADESÃO.
2. Para os planos **ASSOCIATIVOS/SINDICAIS** a exclusão se dará apenas com o formulário de SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO.
3. Na exclusão de **DEPENDENTE** não informar o nome do titular acima.
4. A exclusão do beneficiário TITULAR **implica na exclusão de todo o grupo familiar**.
5. A solicitação de exclusão **necessita da ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR** neste formulário.
6. 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 e serão cobradas.
7. Qualquer atendimento médico a partir do cancelamento, inclusive urgência ou emergência, correrão por exclusiva responsabilidade do beneficiário.
8. Eventuais guias de autorização liberadas pela Unimed em data anterior ao momento do pedido de cancelamento estão automaticamente canceladas e a sua utilização após o pedido de cancelamento junto ao prestador configura fraude, sem prejuízo do dever de indenizar a Unimed pelas despesas eventualmente pagas.

	Solicitação de Exclusão	Padrão nº: FOR ACC 001
	Coletivo por Adesão	Página 2 de 2

9. O beneficiário deve devolver o cartão Unimed ou, na sua impossibilidade, o cartão deverá ser inutilizado.
10. O uso do cartão Unimed Vale do São Francisco após o cancelamento do plano configura fraude contratual, passível de responsabilização na forma da lei.

Declaro que li e compreendi que a partir da ciência da operadora cessa cobertura contratual de modo irrevogável com todas as consequências advindas da minha solicitação.

Data: ____/____/____

Atenciosamente,

(Assinatura da Associação/Sindicato)
Carimbo

(Assinatura do Beneficiário)