Unimed João Pessoa

EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO(S)
CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO E ADAPTADOS

ASSINATURA FUNCIONÁRIO/ CARIMBO EMPRESA

ANS - nº 32104-4

Data da Exclusão: ____/____/____

Nome Completo

Telefone | E-mail

CPF | CÓDIGO DO CARTÃO 0 3 3

Motivo da Exclusão | Cartão devolvido ☐ sim ☐ não

Nome Completo

Telefone | E-mail

CPF | CÓDIGO DO CARTÃO 0 3 3

Motivo da Exclusão | Cartão devolvido ☐ sim ☐ não

Nome Completo

Telefone | E-mail

CPF | CÓDIGO DO CARTÃO 0 3 3

Motivo da Exclusão | Cartão devolvido ☐ sim ☐ não

Nome Completo

Telefone | E-mail

CPF | CÓDIGO DO CARTÃO 0 3 3

Motivo da Exclusão | Cartão devolvido ☐ sim ☐ não

Nome Completo

Telefone | E-mail

CPF | CÓDIGO DO CARTÃO 0 3 3

Motivo da Exclusão | Cartão devolvido ☐ sim ☐ não

☐ **COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO:** Em conformidade com o Código Civil, o prazo máximo para cobrança de dívida decorrente de convênio médico (planos de saúde) é de 5 (cinco) anos, contado a partir da efetiva utilização do serviço. Desta feita, mesmo que já rescindido o plano de saúde, poderá a operadora fazer a cobrança das despesas decorrentes da utilização do mesmo, incluindo coparticipação, desde que realizadas quando durante a vigência do contrato.

LEGENDA DO MOTIVO DE EXCLUSÃO

1 - Demissão ou Exoneração sem justa causa
2 - Dificuldades financeiras
3 - Migração (outro plano Unimed JP)
4 - Óbito (anexar cópia de certidão de óbito)
5 - Insatisfação
6 - Mudança de região, estado ou país
7 - Outro plano de saúde
8 - Dependente maior que 24 anos
9 - Outros

EMPRESA	UNIMED JOÃO PESSOA	
ASSINATURA DO TITULAR	ASSINATURA - ATENDIMENTO/ VENDEDOR	ASSINATURA - CADASTRO
____/____/____	____/____/____	____/____/____