



TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PLANO DE SAÚDE UNIMED

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE:

(___) **TITULAR** (___) **DEPENDENTE**

NOME DO TITULAR: _____

MATRÍCULA: _____ **TELEFONE:** (____) _____

Dependentes a serem excluídos:

1.
2.
3.
4.
5.

Declaro estar ciente e de acordo com as seguintes condições para a efetivação da exclusão:

- Que a exclusão acontecerá conforme calendário de movimentações da AFA junto a Unimed, sendo que após efetivada a exclusão ocorrerá o encerramento do período de cobertura do Plano de Saúde Unimed e que a partir dessa data nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à AFA objetivando a cobertura de eventos antes coberto pelo plano;
- A Unimed tem até 180 dias para realizar cobranças de pendências financeiras referente ao período que esteve inscrito no plano, as quais deverão ser quitadas junto a AFA.
- Para voltar a ter cobertura do Plano de Saúde Unimed Curitiba por intermédio da AFA estarei sujeito às carências, normas e condições de aceitação impostas pela operadora.
- Por intermédio da AFA, para voltar a ter cobertura do Plano de Saúde Unimed Curitiba deverei realizar todo o procedimento de inclusão, bem como efetuar o pagamento à vista de uma taxa administrativa, equivalente a uma mensalidade do plano a que pertencia antes do requerimento de exclusão.

DATA: ____/____/____

.....
Assinatura do Titular