

Caro cliente,

Serve o presente para notificá-lo previamente sobre as consequências da efetivação do processo espontâneo de cancelamento do Seguro Saúde individual ou familiar e de exclusão de segurado de contrato coletivo empresarial ou por adesão de que trata a Resolução Normativa nº 412/2016 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Assim, antes de solicitar o cancelamento ou a exclusão acima referidos saiba as consequências da efetivação do processo.

1. O eventual ingresso em novo Plano/Seguro Saúde poderá importar:

- 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;
- 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;
- 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;
- Na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o segurado arcar com o pagamento de um novo contrato do Seguro Saúde que venha a contratar.

2. Efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de segurado, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;

3. As contraprestações pecuniárias vencidas (prêmio) 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 Seguro Saúde, são de responsabilidade do Segurado;

4. Despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos Segurados após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do Seguro Saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;

5. A exclusão do Segurado 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;

6. A exclusão do Segurado 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.

7. O pedido de cancelamento não exime o Segurado do pagamento de multa rescisória, quando prevista em contrato, se a solicitação ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses, cujo termo inicial da vigência, para fins de cálculo, constará na Proposta de Contratação (aplicável apenas para Plano/Seguro Saúde modalidade de contratação Individual ou Familiar).

8. A solicitação de cancelamento ou exclusão do seguro saúde tem efeitos imediatos a partir da data e hora deste. A SEGURADORA efetuará o acerto a débito ou a crédito proporcional ao número de dias de cobertura assistencial transcorridos no mês de competência da solicitação do cancelamento ou exclusão do seguro saúde. Eventos ocorridos após a solicitação de cancelamento ou exclusão não terão cobertura, de modo que, eventuais despesas de utilização ocorrerão às suas expensas.

9. O pedido de exclusão no contrato Coletivo Empresarial, caso seu plano seja contributivo, perderá os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 de permanecer no seguro saúde no caso de demissão ou aposentadoria.

De acordo,

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Segurado Titular

REQUERIMENTO PARA CANCELAMENTO OU EXCLUSÃO DO PLANO**Dados do Segurado Titular**

| | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------|---------------------------|--------|-----------------------------------|----|
| NOME | | | | Código do Cartão de identificação | |
| ENDEREÇO COMPLETO | | | | | Nº |
| COMPLEMENTO | CEP | BAIRRO | CIDADE | | UF |
| CPF | E-MAIL | | | | |
| TELEFONE RESIDENCIAL () | TELEFONE CELULAR () | TELEFONE COMERCIAL () | | | |

Movimentação

- O pedido de cancelamento será da totalidade do Grupo Familiar (Titular/ Dependentes e Agregados).
- O pedido de cancelamento será do Segurado Titular, mantendo as condições contratuais para os Segurados já inscritos no Plano, passando a titularidade para a pessoa abaixo indicada. (Válido somente para contratações **Individual/Familiar**).

| | |
|--|---|
| NOME DO NOVO TITULAR | CPF NOVO TITULAR |
| NOME DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO (para titular menor de 18 anos) | CPF DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO (para titular menor de 18 anos) |

- O pedido de exclusão se refere à parte ou a totalidade - dos Segurado Dependentes e Agregados, conforme relação abaixo.

| | | |
|------|-----|-----------------------------------|
| NOME | CPF | NÚMERO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO |
| NOME | CPF | NÚMERO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO |
| NOME | CPF | NÚMERO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO |
| NOME | CPF | NÚMERO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO |

Dados Bancários

| | | |
|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Segurado Titular | <input type="checkbox"/> Responsável Financeiro | |
| <input type="checkbox"/> Conta Corrente | <input type="checkbox"/> Conta Poupança | |
| <input type="checkbox"/> Ordem de Pagamento | | |
| BANCO | AGÊNCIA | CONTA |
| NOME | | CPF |

Aceita receber a formalização da efetivação do cancelamento ou exclusão do seguro saúde por e-mail? Sim Não.

_____, _____ de _____ de _____.

Horário da solicitação:

Assinatura do Segurado Titular