

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

Nome: _____

Titular Dependente

Matrícula: _____

CPF: _____

Contratação: Individual e Familiar Empresarial
 Coletivo por Adesão Aposentado / Demitido

Comprovação de solicitação de cancelamento à pessoa jurídica contratante há mais de 30 (trinta) dias:

Sim Não

Consta na solicitação de cancelamento à pessoa jurídica, o teor da solicitação e a data de entrega ao contratante?

Sim Não

Nome Empresa: _____

CNPJ: _____

Solicito o cancelamento do contrato de plano de saúde supra identificado, e ainda, declaro para os devidos fins, que tenho ciência que este cancelamento opera efeitos imediatos, sendo irrevogável esta decisão, considerando por isto, como último dia de cobertura ____/_____/____ (dia anterior ao da assinatura do cancelamento) sendo devido o valor do plano *pro rata*.

Além disto, fui informado pela Operadora que o cancelamento do plano igualmente implica nas seguintes consequências:

Implicações legais redigidas pela RN 412/2016, que poderão ocorrer após o cancelamento do plano, a pedido do beneficiário:

I – O 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.**

A CPT 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;

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 - **O cancelamento tem efeito imediato e caráter irrevogável,** a partir da ciência da operadora, que passará a contar a partir da data de assinatura deste termo;

III – **As cobrança de mensalidades vencidas e/ou valores de coparticipações devidas,** ocorridas antes da solicitação de cancelamento são de minha responsabilidade, podendo a operadora proceder com a cobrança dentro dos prazos definidos pelo Código Civil.

As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por minha 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 beneficiário 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, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

VII – A operadora se resguarda ao direito de não proceder com o cancelamento das solicitações dos planos empresariais quando o beneficiário não conseguir comprovar que solicitou o cancelamento do plano de saúde junto à pessoa jurídica contratante em prazo superior há **30 (trinta) dias.**

Nesta comprovação se faz necessário constar **o teor da solicitação e a efetiva data de entrega ao contratante,** podendo ser um e-mail enviado para um endereço corporativo da entidade contratante, carta protocolada ou qualquer outro meio, desde que seja comprovado de forma inequívoca.

VIII – A operadora poderá, por liberalidade, reativar ou não o contrato, com a permanência dos direitos existentes no plano ora cancelado.

IX – A operadora tem o prazo de **10 (dez) dias uteis** para me fornecer o comprovante de cancelamento por qualquer meio que assegure o recebimento e que, por livre escolha, optei pela forma de envio abaixo:

Pessoalmente (No local de atendimento da operadora em dia e hora previamente agendados)

Por e-mail: _____

Pelos Correios: _____

Cep: _____

Assinatura do beneficiário