

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE

Rio de Janeiro, ____ de _____ 20__.

Eu, _____ portador do
CPF: _____, RG: _____, residente e domiciliado a
_____, nº _____, complemento _____, Bairro
_____, Cidade _____, Estado _____. Venho por meio desta solicitar o
cancelamento do plano de Saúde junto à Operadora _____.

() Titular:

Nº Cartão de identificação: _____

() Somente Dependentes abaixo relacionados:

Nome: _____

CPF: _____ Nº Cartão de Identificação _____

Nome: _____

CPF: _____ Nº Cartão de Identificação _____

Nome: _____

CPF: _____ Nº Cartão de Identificação _____

Dados Adicionais:

E-mail: _____

Telefone para Contato: Res. () _____ Cel. () _____

Solicitado cancelamento em: ____/____/____ às ____h____m.

Declaro ainda que estou ciente das seguintes condições:

I – 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, 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;
- 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 - Efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;
- III – 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;
- IV - As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua 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.

As solicitações de exclusão formuladas perante a pessoa jurídica contratante, tem efeito imediato a partir da data de sua ciência pela operadora.

Nas solicitações recebidas pela administradora de benefício e pela operadora, a exclusão pleiteada terá efeito imediato.

Sem mais para o momento, subscrevo-me.

Assinatura Titular/Responsável Financeiro