

TERMO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DO PLANO COLETIVO

INATIVAÇÃO POR OUTRO MOTIVO	
<input type="checkbox"/> Demissão ou exoneração por justa causa	<input type="checkbox"/> Por solicitação do titular
<input type="checkbox"/> Perda da condição de dependência	<input type="checkbox"/> Por óbito (anexar certidão de óbito)
<input type="checkbox"/> Por outros motivos:	

<input type="checkbox"/> Data da exclusão programada: / /	<input type="checkbox"/> Exclusão imediata, a partir da ciência da operadora.
---	---

TIPO DE INATIVAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Inativação do titular	<input type="checkbox"/> Inativação do(s) dependente(s)

Código do Titular	Nome do Beneficiário Titular	CPF do Titular

Código do Dependente	Nome do Dependente	CPF do Dependente

Declaração do titular solicitante

Solicito que seja realizada a exclusão do(s) beneficiário(s) acima, bem como declaro estar ciente dos direitos e restrições desta minha decisão, de acordo com o disposto no artigo 15 da Resolução Normativa – RN Nº 561, de 15 de dezembro de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme transcrito abaixo:

I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

- a) no cumprimento de novos períodos de carência, conforme inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656/98;
- b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido;
- c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária, 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, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;

d) na perda do direito de remissão, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo plano de saúde;

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 mensalidades vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas nos planos, 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 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 titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme RN nº 195/2009 da ANS.

Por fim, declaro para os devidos fins, que estou ciente das informações prestadas acima. Portanto, assino abaixo este termo, conforme meu RG anexo, juntamente com o contratante, o qual me apresentou tais informações.

Assinatura do titular ou solicitante	Carimbo e assinatura do contratante

_____ de _____ de 20__.