

**GRUPO I
FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO
(ANEXO III)**

Preenchimento obrigatório:

Nome do Titular: <input type="text"/>	
Matrícula funcional: <input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>
E-mail: <input type="text"/>	
Telefone residencial: <input type="text"/>	Telefone celular: <input type="text"/>

Beneficiário(s) a ser(em) excluído(s) (incluir o nome do Titular, se for o caso):

Nome completo	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data de término de vigência do plano de saúde*: / /

**Não é permitida a indicação de data retroativa à efetiva apresentação do formulário ao SERPRO.*

Declaro-me ciente:

- Dos termos do art 15 da RN ANS N° 412/2016, transcrito abaixo;
- Que nova adesão ao PAS/SERPRO somente poderá ser solicitada após 90 (noventa) dias com incidência de todas as carências, desde que cumpra os requisitos regulamentares vigentes na ocasião;
- Que não será realizada exclusão retroativa à data do recebimento deste formulário pelo SERPRO;
- Que a exclusão de beneficiário(s) não exime eventuais débitos pendentes.

Data do requerimento: / /

Assinatura digital ou manuscrita do Beneficiário Titular

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 412, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016

Do Fornecimento de Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

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.

Fonte: [<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzMyNA==>]
Outubro/19