

FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE/DENTAL- RN ANS 412/2016

Identificação do Beneficiário Titular

Nome do Titular:		CPF
Endereço Residencial:		
Bairro:	Cidade:	CEP
Telefone:	E-mail	

CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE (Código 01)		CANCELAMENTO DO PLANO DENTAL (Código 02)	
☐ Titular e Dependente(es)	☐ Agendar par: ____/____/20____.	☐ Titular e Dependente(es)	☐ Agendar par: ____/____/20____.
☐ Dependente(es) descrito abaixo	☐ Cancelamento de Imediato.	☐ Dependente(es) descrito abaixo	☐ Cancelamento de Imediato.
Nome do Dependente	Código	Parentesco	CPF

O pedido de Exclusão ao Plano de Saúde, de dependentes ou do titular, poderá ser feito a ASMETRÔ-DF pelo titular:

- Presencialmente na sede da ASMETRÔ-DF no endereço: Avenida Jequitibá, 155, Aguas Claras Brasília-DF;
- Por e-mail, devendo o beneficiário titular encaminhar digitalmente este formulário assinado, no endereço eletrônico: asmetrodf@asmetrodf.com.br; e confirmar junto à AsmetrôDF o recebimento do envio, através do contato telefônico: 61-99814-7033

A solicitação de cancelamento será encaminhada a Operadora do Plano de Saúde que:

- adotará as providências cabíveis sendo que a solicitações de exclusão tem efeito a partir da data de sua ciência pela operadora do Plano.
- encaminhará ao **Titular/Beneficiário(a)**, no prazo de dez dias úteis, o comprovante do efetivo cancelamento do contrato ou desligamento do beneficiário.

O comprovante do efetivo cancelamento do titular do beneficiário emitidos pela operadora não exime o beneficiário dos débitos junto a ASMETRÔDF.

débitos autorizados em Folha de Pagamento do METRÔ-DF será solicitado pela ASMETRÔ-DF, sendo que, oспedidos de cancelamento primeiro dia útil do mês ainda haverá desconto em folha de pagamento.

CIÊNCIA DO ART. 15 DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 412, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual 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:

- 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 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 participações 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.

Art. 18 Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. As operadoras só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

I - fraude; ou

II - por perda dos vínculos do titular previstos nos artigos 5º e 9º desta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

Art 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo ^[1] com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

...
III – associações profissionais legalmente constituídas;

Brasília-DF, ____/____/20____.

BENEFICIÁRIO TITULAR