

A empresa, _____ CNPJ: _____,
representada pelo responsável _____, CPF: _____,
telefone da empresa _____, e-mail da empresa _____ solicita cancelamento
do titular _____, CPF: _____, referente
ao produto _____ da operadora _____, conforme RN 561 (artigo 15*).

MOTIVOS

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Financeiro | <input type="checkbox"/> Atendimento Benevix | <input type="checkbox"/> Atendimento Operadora |
| <input type="checkbox"/> Abrangência | <input type="checkbox"/> Mudança de País | <input type="checkbox"/> Rede Credenciada |
| <input type="checkbox"/> Mudança de Plano | <input type="checkbox"/> Divórcio | <input type="checkbox"/> Outros * |

* Informe o motivo de cancelamento _____

Caso os cartões de plano odontológico não sejam devolvidos, qualquer utilização após a data da efetivação da exclusão será considerada indevida e, por este motivo, o beneficiário titular deverá arcar com o custo integral de toda e qualquer despesa decorrente de uso indevido.

Art. 15 RN 561

Em conformidade com as determinações do artigo 15 da Resolução Normativa (RN) nº 561 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), informamos que a solicitação de cancelamento do contrato de plano odontológico individual/familiar ou o pedido de exclusão de beneficiário do plano odontológico coletivo empresarial importará nas seguintes consequências:

1. Quando o(a) senhor(a) ingressar em um novo plano odontológico:

- terá que cumprir novos períodos de carências (art. 12, V, Lei nº 9.656/1998).
- será necessário o preenchimento da Declaração de Saúde e se existir doença ou lesão preexistente (DLP), poderá ser exigido o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT), que suspende a cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos pelo prazo de até 24 meses.
- haverá a perda imediata de quaisquer benefícios de isenção de mensalidade (remissão), devendo arcar com o pagamento da mensalidade do novo plano.

2. Não será possível realizar a portabilidade de carências nos termos previstos na RN nº 438 da ANS.

3. Efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou do pedido de exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora, não se aplicando o direito de arrependimento.

4. As despesas de mensalidades e coparticipações devidas pela utilização ou realização de serviços até esta data serão de sua responsabilidade, mesmo que o boleto de cobrança seja emitido posteriormente, e em caso de não pagamento poderá ocorrer a inclusão do seu CPF nos órgãos de proteção ao crédito, bem como a adoção de medidas judiciais ou extrajudiciais cabíveis.

5. A partir da solicitação de cancelamento do contrato ou de exclusão do beneficiário, a operadora não custeará quaisquer despesas, nem nos casos de urgência ou emergência, correndo por sua conta o pagamento integral pela realização de qualquer procedimento.

6. A exclusão do titular do plano odontológico implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

DATA DE SOLICITAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DA EMPRESA

DATA DE ENTREGA