

TERMO DE EXCLUSÃO

Em atendimento a Resolução Normativa nº 412-2016 da ANS

Consequências da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial

Caso queira ingressar em novo plano de saúde, a operadora poderá exigir o cumprimento de novos prazos de carência, preenchimento de nova declaração de saúde, e eventual cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT;

Perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo da solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato;

Perda imediata do direito de remissão;

Efeito imediato e impossibilidade de desistência do cancelamento/exclusão a partir da ciência da operadora ou da administradora de benefícios;

São de responsabilidade do beneficiário as mensalidades vencidas e eventuais coparticipações devidas pelos serviços realizados antes da solicitação de cancelamento/exclusão;

São de responsabilidade do beneficiário as despesas decorrentes de eventuais serviços de saúde utilizados após a data da solicitação de cancelamento/exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência;

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**;

Na exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a permanência ou não dos seus dependentes no plano coletivo deve seguir as disposições contratuais.

A operadora não está obrigada a arcar com as despesas de eventuais procedimentos, ainda que já tenham sido autorizados, que venham a ser realizados após a solicitação de cancelamento/exclusão do contrato.

Ciente;

Assinatura do beneficiário titular

**não se aplica à Copass Saúde.

TERMO DE EXCLUSÃO

Nome do Titular:				Matrícula:	
Endereço:			Número:	Complemento:	
Bairro:		Cidade:			CEP:
Telefone Celular: ()	Telefone Residencial: ()	Órgão de Lotação	E-mail:		

MARQUE O QUADRO ABAIXO SE A EXCLUSÃO FOR PARA O TITULAR

Para excluir o TITULAR assinale com "X" o plano desejado:	Copass Completo Ativos	Copass Completo Assistidos	Copass Essencial Assistidos	Copass Ambulatorial	Copass Odonto Básico	Copass Odonto Essencial	Copass Odonto Pleno	Plano Aero Médico

Para **EXCLUIR DEPENDENTE(S)**, assinale com "X" o plano desejado:

Informe o nome dos dependentes a serem excluídos	Copass Completo Ativos	Copass Completo Assistidos	Copass Essencial Assistidos	Copass Completo Dependente Familiar	Copass Essencial Dependente Familiar	Copass Ambulatorial	Copass Odonto Básico	Copass Odonto Essencial	Copass Odonto Pleno	Plano Aero Médico

Estou ciente que:

1. Tenho conhecimento da perda dos direitos de utilização dos benefícios, pelos beneficiários em questão;
2. A exclusão do titular cancela automaticamente todo o grupo familiar, exceto para o serviço Unimed Aeromédico.
3. Esta solicitação de exclusão, depois de efetivada, não me exime do pagamento de débitos anteriores a esse fato, eventualmente existentes na Copass Saúde;

Local: _____ Data: _____ de _____ de _____.

Assinatura do titular