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.

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 Ativos	Copass Assistidos	Copass Ambulatorial	Copass Odonto Básico	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 Ativos	Copass Assistidos	Copass Dependente Familiar	Copass Ambulatorial	Copass Odonto Básico	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

Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - COPASS SAÚDE
Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG
Fones: (31) 3298-5800 Fax: (31) 3298-5801 | E-mail: cadastro@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8