

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO DO PLANO A-1

Identificação do Beneficiário

Nome do Titular		Nº da Matrícula
Endereço Residencial (Logradouro, Nº, Bairro, Complemento)		
Cidade	CEP	Telefone
E-mail		
Solicito a exclusão do Plano A-1:		
[] do beneficiário titular;		
[] do(s) beneficiário(s) dependente(s) a seguir discriminados:		
Nome	CPF	
Motivo do cancelamento: _____		

<p>Estou ciente das regras dispostas nos arts. 81, § 4º e 83 do Regulamento do Plano A-1 e comprometo-me a efetuar a devolução dos respectivos Cartões de Identificação no ato de entrega desta solicitação.</p> <p>Declaro estar ciente das possíveis conseqüências desta solicitação de exclusão, conforme disposto no art. 15 da Resolução Normativa ANS nº 412/2016:</p> <p>I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá implicar:</p> <p>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;</p> <p>b) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, 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, por um período ininterrupto de até 24 meses;</p> <p>II - efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de exclusão, a partir da ciência da operadora;</p> <p>III – são de minha responsabilidade as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de exclusão do plano de saúde;</p> <p>IV - as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços após a data de solicitação de exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por minha conta;</p> <p>V – a exclusão do beneficiário titular implica na exclusão dos meus dependentes, nos termos do art. 81, § 2º do Regulamento do Plano A-1.</p> <p>Brasília, [] de [] de 20[].</p>		
Assinatura do Beneficiário Titular	Deferimento da Saúde BRB – Caixa de Assistência	
_____	_____	