

Nº matrícula CAPESESP

Nome completo

CPF

Plano para desligamento (nº Reg. ANS no anexo): \_\_\_\_\_

Nome do Plano

### Tipo de beneficiário

 Titular\* Pensionista \* Dependente Natural \* Auto patrocinado Dependente-Agregado Agregado de Instituidor Falecido

\* anexar autorização patronal

### Motivos da solicitação

 Falecimento (certidão de óbito obrigatória):  do titular/  do dependente Desinteresse:  portabilidade /  Perda do benefício /  demissão, exoneração, redistribuição (anexar DOU) Transferência:  de produto na CAPESESP /  de matrícula na CAPESESP

### Termo de Ciência

#### DECLARO, estar ciente que:

1. A solicitação de cancelamento deferida terá efeito imediato e caráter irrevogável a partir da entrada do pedido na CAPESESP.

2. Sou o responsável pelo pagamento de qualquer utilização indevida após o desligamento do Plano;

3. Ao solicitar desligamento(s), a CAPESESP realizará pesquisas na minha matrícula referente a todas as inscrições de minha responsabilidade e, caso seja apurado algum débito referente a contribuições, financiamentos, empréstimos, coparticipações, se incidir, inclusive coparticipações de valores que ainda não foram cobrados à CAPESESP pela rede credenciada e de alguma utilização da carteira do CAPESAÚDE em período de suspensão, a quitação será de minha inteira responsabilidade como Titular, em conformidade com os parágrafos primeiro e segundo do artigo 7º e o artigo 9º do Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais e demais dispositivos regulamentares;

4. Eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

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;

b) 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;

c) 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;

d) 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;

5. O 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;

6. As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações 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;

7. 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;

8. 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; e

9. Na CAPESESP, o desligamento do titular do plano implica no desligamento simultâneo de todos os dependentes nele inscritos.

Local

Data

Assinatura do Titular ou Responsável