

6. DADOS BANCÁRIOS

Caso o senhor(a) tenha optado pelo cancelamento imediato, a Aliança Administradora creditará em sua conta bancária o valor proporcional aos dias não coberto no prazo de 30 (trinta) dias do cancelamento. A devolução ocorrerá por meio de conta corrente ou poupança de titular ou responsável financeiro indicado na proposta e confirmado abaixo.

Titular da Conta Bancária		Nome Completo - Titular da Conta Bancária										CPF - Titular da Conta Bancária									
<input type="checkbox"/> Titular Plano <input type="checkbox"/> Outro																					
Nº Bco ¹	Nome do Banco										Agência		Nº da Conta		TP ²		CO ³				

(1) Bancos Conveniados: 001 - Banco do Brasil | 033 - Santander | 104 - Caixa Econômica Federal | 237 - Bradesco | 341 - Banco Itaú

(2) TP - Tipo de Conta: C corrente ou P poupança

(3) CO - No caso de CEF especificar o código da operação

7. DECLARAÇÕES DO TITULAR

7.1 Na qualidade de proponente declaro que ao preencher e assinar esta solicitação tomei ciência das condições previstas no Art. 15, da RN 412/2016 da ANS e que após recebida pela administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, que:

I – 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;

II - 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;

III – 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;

IV - 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;

V – 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; e

VI – 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.

7.2 Caso o plano de saúde e/ou odontológico seja cancelado, automaticamente será cancelado os benefícios opcionais e adicionais ao referido plano.

7.3 Eventuais débitos anteriores serão compensados e que a Administradora, neste caso, fará a devolução ou cobrança do saldo remanescente.

7.4 É obrigatório a apresentação do documento de identificação do titular no momento da solicitação de cancelamento.

Local e Data

Assinatura do Titular