

SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO DE TITULAR

Nome do Associado:

Matrícula: CPF: Telefone:

E-mail Pessoal:

- Desligamento Rescisão Contratual com a Embrapa
- Desligamento Temporário (Afastamento ao exterior por período superior a 06 meses) Suspensão de Contrato de Trabalho com a Embrapa (somente para empregado em atividade)
- Motivos: _____

DEPENDENTES

Nº	NOME COMPLETO	NÚMERO DA CARTEIRA
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IMPORTANTE:

RN 412

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

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.

DECLARO ESTAR CIENTE QUE:

A) No caso de possuir despesas a quitar, devo quitá-las sob pena de adoção das medidas administrativas e judiciais cabíveis.

B) Após retornar do exterior ou de suspensão de contrato, devo solicitar a reinscrição no Plano até 30 dias, para que não haja o cumprimento do prazo de carência.

Solicito minha exclusão e de meu(s) dependente(s) do Plano, a partir de ____/____/____.

Local

Data

Assinatura do Requerente

RESERVADO À CASEMBRAPA

Recebido em: ____/____/____

Associado desligado em ____/____/____

Horário: ____:____

Assinatura: _____

As informações solicitadas acima estão protegidas pela Lei 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e rígidas normas internas sobre tratamento e confidencialidade de dados. Tais informações serão utilizadas para análise de dados e exclusão no plano de saúde CASEMBRAPA.

A CASEMBRAPA está apta e disposta a esclarecer qualquer dúvida sobre este assunto.

CNPJ: 08.097.092/0001-81 **Razão Social:** CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA

Nº de Registro ou Código do Plano: 456.933/08-4

Nome comercial do Plano: Plano de Assistência da Embrapa

Data de Registro: 28/03/2008

Contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Abrangência Geográfica: Nacional