



INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES IMPORTANTES – RN 412

A Resolução Normativa n. **412/2016**, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), **modificou as regras de cancelamento para os planos de saúde** a pedido do beneficiário.

A RN n. 412/2016 prevê o cancelamento imediato do contrato **a partir do momento em que a operadora de saúde (no caso, a Unimed Rio e Odontoprev) ou administradora de benefícios (no caso, a Mapma) tome conhecimento do pedido.**

Os cancelamentos não podem ser processados com data retroativa. Portanto, a solicitação de cancelamento enviada à SIAS via malote ou Correios será processada **a partir da data de recebimento do requerimento, e não da data do envio.** Para que a solicitação seja atendida na data de solicitação/preenchimento, é necessário enviar a carta de cancelamento por e-mail, uma vez que o recebimento dos originais via malote/Correios é demorado.

As solicitações por e-mail devem ser enviadas para atendimento@sias.org.br, **até as 15h de dias úteis**, a fim de facilitar o processo. **Caso a solicitação seja feita após esse horário ou em feriados/finais de semana, deverá conter a data do próximo dia útil.**

Caso o beneficiário deseje o cancelamento para uma data que seja **fim de semana ou feriado**, o cancelamento **somente poderá ser feito quando solicitado diretamente à Unimed-Rio**, através dos telefones **0800 0313861 ou (21) 4020-3861.**

Lembrando que o cancelamento do contrato do plano de saúde poderá resultar em:

- Cumprimento de novos prazos de carência;
- Perda do direito à portabilidade de carências;
- *Preenchimento de nova declaração de saúde e, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP), no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT);*
- *Perda imediata do direito de remissão (se você está isento do pagamento do plano de saúde por um determinado período).*

O pedido de cancelamento ou exclusão **é irrevogável e tem efeito imediato.** Ou seja, a partir da data de cancelamento preenchida no formulário, **não há mais cobertura do plano de saúde.**

IMPORTANTE: as **mensalidades vencidas ou eventuais coparticipações** devidas em decorrência de serviços realizados antes ou após a solicitação de cancelamento **são inteira responsabilidade do Titular do plano.**

COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE PLANO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

Protocolo: _____

Eu, _____, Titular do plano, Código nº _____, solicito o cancelamento do plano Odontoprev de:

minha inscrição

(todos dependentes e beneficiários familiares vinculados, caso hajam, serão cancelados por consequência)

dependente(s)

Informe abaixo os dados do(s) dependente(s) que será(ão) cancelado(s):

Código: _____ Nome: _____

Código: _____ Nome: _____

Código: _____ Nome: _____

Código: _____ Nome: _____

Código: _____ Nome: _____

Código: _____ Nome: _____

DATA DO CANCELAMENTO: _____

A partir desta data, a solicitação será efetuada e o beneficiário deixará de ter a cobertura do Plano.

Prezado(a) Senhor(a)

Como Administradora de Benefícios responsável pela gestão de seu plano de saúde coletivo por adesão, acusamos o recebimento de sua solicitação de cancelamento e iremos encaminhar seu pedido à operadora, para a mesma realizar as providências cabíveis.

Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento de Plano ou Exclusão de Beneficiário de Plano de Saúde, Art. 15. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 412, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016.

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 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 das informações acima.

Assinatura