Prezado Segurado,

Em atendimento ao pedido de exclusão do(s) segurado(s) relacionado(s) neste documento e, em cumprimento ao que determina o artigo 15 da Resolução Normativa nº 412/2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Bradesco Saúde S/A informa que:

1. A solicitação de cancelamento ora formalizada terá efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da Seguradora, ou seja, na data de vinculação deste documento ao sistema Movimentação Expressa (MOVE) da Bradesco Saúde;
2. O cancelamento deste seguro-saúde e eventual ingresso em novo plano de saúde poderá implicar:

a) no cumprimento de novos períodos de carência conforme adiante:

* prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
* prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
* prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido de cancelamento;

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 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, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano;

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 adquirir;

1. Caso o plano contratado preveja coparticipação, os valores devidos relativos à utilização de serviços realizados antes desta solicitação de cancelamento são de responsabilidade do segurado, seja em plano de pré ou pós-pagamento;
2. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data desta solicitação de cancelamento, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;
3. Na hipótese de contrato coletivo empresarial ou por adesão, a exclusão do beneficiário titular do seguro implicará na exclusão de seu grupo familiar, conforme previsto em contrato; e
4. Em prazo de até 10 (dez) dias úteis VSª receberá o comprovante do efetivo cancelamento, que terá seus efeitos conforme item 1 do presente, no endereço indicado adiante.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que li e compreendi as informações acima prestadas e que por meio deste documento formalizo o pedido de cancelamento do seguro-saúde do(s) segurado(s) adiante relacionado(s) e indico o endereço para envio do comprovante do efetivo cancelamento, bem como meu telefone para eventual contato:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Segurado** | **Número do Cartão de Identificação** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

E-mail ou endereço para envio do comprovante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone de contato (com DDD): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Segurado