

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO DO PLANO A-1**Identificação do Beneficiário**

Nome do Titular		Nº da Matrícula
Endereço Residencial (Logradouro, Nº, Bairro, Complemento)		
Cidade	CEP	Telefone
E-mail		
Solicito a exclusão do Plano A-1: [] do beneficiário titular; [] do(s) beneficiário(s) dependente(s) a seguir discriminados:		
Nome		CPF
Motivo do cancelamento: _____		
Estou ciente das regras dispostas nos arts. 81, § 4º e 83 do Regulamento do Plano A-1 e comprometo-me a efetuar a devolução dos respectivos Cartões de Identificação no ato de entrega desta solicitação.		
Declaro estar ciente das possíveis consequências desta solicitação de exclusão, conforme disposto no art. 15 da Resolução Normativa ANS nº 412/2016:		
I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá implicar:		
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) 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 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, por um período ininterrupto de até 24 meses;		
II - efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de exclusão, a partir da ciência da operadora;		
III – são de minha responsabilidade as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de exclusão do plano de saúde;		
IV - as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços após a data de solicitação de exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por minha conta;		
V – a exclusão do beneficiário titular implica na exclusão dos meus dependentes, nos termos do art. 81, § 2º do Regulamento do Plano A-1.		
Declaro, ainda, para os devidos fins, que mesmo após a exclusão do plano, tenho total ciência de que os meus dados pessoais e/ou sensíveis serão tratados pela Saúde BRB, por seus diretores, empregados, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas enquanto houver necessidade de cumprimento de obrigação legal e regulatória e até que cessem todos os prazos prescricionais, podendo ainda mantê-los armazenados nos termos estabelecidos pela legislação vigente.		
Brasília, [] de [] de 20 []		
Assinatura do Beneficiário Titular		Deferimento da Saúde BRB – Caixa de Assistência