

**FOP 275.01 - TERMO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO TITULAR E/OU SEU(S) DEPENDENTE(S) DO PLANO CORREIOSAÚDE II**

Dissídio Coletivo TST – Processo nº DC-1000295-05.2017.5.00.0000

**DISPOSIÇÕES GERAIS**

O Beneficiário titular que desejar a sua exclusão ou de seu(s) dependente(s) do Plano CorreiosSaúde II deverá preencher a solicitação abaixo.

**Não será permitida a manutenção de dependentes sem o respectivo titular.**

**BENEFICIÁRIO TITULAR**

Nome (Completo e sem abreviação):

Matrícula Funcional:

Endereço (Completo e sem abreviação):

Número/Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

E-mail:

Telefone (s): ( )

**SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO TITULAR**

Solicito a **MINHA EXCLUSÃO** do plano de saúde:  SIM  NÃO

**Observação:** Em caso de exclusão do titular, todos os dependentes serão excluídos automaticamente, não havendo necessidade de preenchimento do item abaixo.

**SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE (S)**

Solicito a **EXCLUSÃO** do (s) dependente (s) do plano de saúde:  SIM  NÃO

NOME

TIPO DE  
DEPENDÊNCIA

**TERMOS E CONDIÇÕES**

**Pelo presente Termo de Exclusão, declaro para todos os fins legais que ESTOU CIENTE QUE:**

- I. O (s) Beneficiário (s) identificado (s) neste formulário será (ão) excluído (s) do plano INDEPENDENTEMENTE da condição em que se encontrar. Se estiver internado e/ou em tratamento, as despesas serão de inteira responsabilidade do beneficiário titular do plano.
- II. O efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de Beneficiário, se dará a partir da data de ciência da Operadora.
- III. A saída do titular do plano ocasionará a exclusão automática de TODOS os dependentes.
- IV. As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, no plano CorreiosSaúde II, pela utilização de serviços realizados antes desta solicitação de exclusão são de responsabilidade do Beneficiário titular.
- V. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos Beneficiários após a data de exclusão do plano, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por conta do Beneficiário titular em sua integralidade.
- VI. O posterior ingresso em um novo plano de saúde poderá importar:
  - a) No cumprimento de novos períodos de carências, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656/1998;
  - b) Na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do

pedido, nos termos previstos na Resolução Normativa nº 186/2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do artigo 12 da Lei nº 9.656/1998;

- 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 (vinte e quatro) 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.

VII. A exclusão do Beneficiário titular do contrato coletivo empresarial observará as disposições contratuais quanto à exclusão dos dependentes, a Resolução Normativa nº 195/2009 e Resolução Normativa nº 412/2016.

VIII. Esta solicitação deverá ser entregue nos canais disponíveis pela Operadora, informados no site [www.postasaude.com.br](http://www.postasaude.com.br) de acordo com o previsto na Resolução Normativa nº 412/2016.

**Li e concordo com as regras que regem o Plano CorreiosSaúde II.**

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO*	ASSINATURA DA POSTAL SAÚDE
<p>_____, ____/____/____.</p> <p>Local e Data</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do Beneficiário Titular Responsável</p>	<p>_____, ____/____/____.</p> <p>Local e Data</p> <p>_____</p> <p>Assinatura e Carimbo da Postal Saúde</p>

**\*OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO E ASSINATURA.**

**ANS - nº 41913-3**

Portal da POSTAL SAÚDE: [www.postasaude.com.br](http://www.postasaude.com.br)  
Central de Atendimento 24h: 0800 888 8116  
Central de Atendimento para DEFICIENTES  
AUDITIVOS: 0800 888 8117