

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO

Eu _____, associado(a) Titular da SIM - Caixa de Assistência à Saúde, inscrito(a) no CPF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a exclusão do(s) meu(s) agregados(s) no **PLANO SIM FAMÍLIA**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o n.º 467.417/12-1, conforme abaixo:

Nome Completo	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	CPF	Houve Devolução cartão?

Declaro para os devidos fins que me foi repassado todas as informações, de forma clara e adequada, acerca das consequências do cancelamento do plano de saúde, em observância ao Artigo 15 da Resolução Normativa nº 412/2016.

Estou ciente que devo devolver os cartões do Plano no momento da exclusão, caso contrário, me responsabilizo pelo uso indevido do mesmo e assumo os ônus da sua utilização indevida, conforme previsto em regulamento.

IMPORTANTE: Para validação do requerimento se faz necessário o envio de um documento de identificação junto a este.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura Beneficiário(a) Titular

ANEXO I - REGRAS RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 412/16

Conforme diretrizes do Artigo 15 da RN 412/2016, cabe a SIM – Caixa de Assistência à Saúde, informar o que segue:

- 1) Que em caso de ingresso em novo plano de saúde, a nova operadora poderá exigir o cumprimento de novos prazos de carência, preenchimento de nova declaração de saúde, e eventual cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT;
- 2) Que a portabilidade entre planos de saúde só pode ser feita entre contratos ativos. Logo, com o cancelamento do plano, perder-se o direito à portabilidade de carências;
- 3) É de responsabilidade do beneficiário o pagamento das mensalidades vencidas e a vencer, tendo em vista que o plano da SIM é pós-pago, bem como eventuais coparticipações devidas pelos serviços realizados antes da solicitação de cancelamento/exclusão;
- 4) É de responsabilidade do beneficiário as despesas decorrentes de eventuais serviços de saúde utilizados após a data da solicitação de cancelamento/exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência;
- 5) A SIM não irá arcar com qualquer despesa de eventuais procedimentos, ainda que já tenham sido autorizados, que venham a ser realizados após a solicitação de cancelamento/exclusão do contrato.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura Beneficiário(a) Titular