



grupo  
caberj

Sua saúde, nosso maior valor.

**REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE PLANO DE SAÚDE -**

Eu, \_\_\_\_\_

Titular do Plano de Saúde junto à CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - CABERJ, inscrito sob o nº.

\_\_\_\_\_, solicito:

Cancelamento Total do Plano de Saúde

**CANCELAMENTO SOMENTE DO SERVIÇO DE AMBULÂNCIA (ADU)**

Cancelamento do (s) dependente(s), abaixo relacionado(s):

Nome do (s) dependente(s):

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

Declaro estar ciente de todas as conseqüências desta solicitação de exclusão em conformidade com o Artigo 15 da Resolução Normativa 412/16 - ANS, descritas abaixo:

I - efeito imediato e caráter irrevogável a partir da ciência da Administradora;

II - as contraprestações pecuniárias vendas 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;

III - eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

- Imposição de novos prazos de carência (quando aplicáveis)
- Perda imediata do direito de remissão (quando houver)
- Perda do Direito ao exercício da Portabilidade de Carências (quando aplicável)
- Necessidade de preenchimento de Nova Declaração de Saúde e eventual conseqüente imposição de Cobertura Parcial Temporária (CPT) por pré-existência.

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

**ASSINATURA DO TITULAR**

Dados do Titular:

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_