

## TERMO DE EXCLUSÃO

Dissídio Coletivo TST – Processo nº DC-1000295-05.2017.5.00.0000

### 1. DISPOSIÇÕES GERAIS

O beneficiário titular (empregado ou aposentado) que desejar a sua exclusão ou de seus dependentes do Plano CorreiosSaúde II deverá preencher a solicitação abaixo. **Não será permitida a manutenção de dependentes sem o respectivo titular.**

### 2. DADOS DO TITULAR

NOME: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

### 3. SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO (S)

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

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

3.2 DEPENDENTE: Solicito a EXCLUSÃO do (s) seguinte(s) dependente(s):

NOME	TIPO DE DEPENDENCIA

### 4. TERMOS E CONDIÇÕES

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

- A. Que o (s) beneficiário (s) identificado (s) no item 3 (Solicitação de Exclusão de Beneficiário) deste 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 minha inteira responsabilidade.

- B. Que 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.
- C. Que a saída do titular do plano ocasionará a exclusão automática dos dependentes inclusive de pai e mãe beneficiários do CorreiosSaúde.
- D. Que as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, no plano CorreiosSaúde e CorreiosSaúde II, pela utilização de serviços realizados antes desta solicitação de exclusão são de minha responsabilidade.
- E. Que 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 minha conta.
- F. Que o posterior ingresso em novo plano de saúde poderá importar:
- i) no cumprimento de novos períodos de carências, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656/1998;
  - ii) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186/2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656/1998;
  - iii) 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 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;
  - iv) 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.
- G. Das sanções previstas nas normas em caso de constatação de informação inverídica, omissão de informação, utilização indevida do Plano CorreiosSaúde II e uso indevido do cartão de identificação do beneficiário.
- H. Que a exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195/2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

## 5. ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Li e concordo com as regras para exclusão.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular (Empregado/Aposentado)