ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Regulamentação do Pedido de Cancelamento ou Exclusão pelo Beneficiário de Plano de Saúde

Câmara de Saúde Suplementar
Coordenação: DIPRO/ANS

RECOMENDAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

FORMAS DE PEDIDO DE CANCELAMENTO: **presencial,** por meio de **Serviço de Atendimento Telefônico ao Consumidor (SAC**); por **carta**; por **correio eletrônico (e-mail)** e por atendimento **via Internet, através do *site* da Operadora**.

EFEITO IMEDIATO PARA PEDIDO DE CANCELAMENTO PRESENCIAL, não podendo a Operadora efetuar qualquer cobrança após a apresentação do pedido

Disponibilização pela operadora ao beneficiário de **INFORMAÇÃO CLARA, ADEQUADA E PRECISA ACERCA DAS CONSEQUÊNCIAS DO CANCELAMENTO**, especialmente no tocante à perda (perda de carência, perda do exercício da portabilidade, etc).

Disponibilização pela Operadora de **COMPROVANTE DO PEDIDO DE CANCELAMENTO** por correio eletrônico, correspondência ou qualquer outro meio, **a critério do consumidor**

DIREITO DE ARREPENDIMENTO
até determinado prazo, se foi feito por meio remoto (SAC, correio eletrônico ou internet)

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR*

Início

BENEFICIÁRIO DESEJA SOLICITAR O CANCELAMENTO DO SEU PLANO DE SAÚDE

ATENDIMENTO TELEFÔNICO

SITE DA OPERADORA NA INTERNET

PRESENCIAL

Destinatário do Pedido

BENEFICIÁRIO solicita à OPERADORA - emite PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO (EFEITO IMEDIATO À DATA DA SOLICITAÇÃO) com informações sobre CONSEQUÊNCIAS DO PEDIDO

PRAZO DE 10 DIAS ÚTEIS

Operadora responde a quem lhe encaminhou a solicitação (Beneficiário)

BENEFICIÁRIO receberá COMPROVANTE DO CANCELAMENTO/EXCLUSÃO (retroativo à DATA DA SOLICITAÇÃO) + informações sobre COBRANÇAS E DEVOLUÇÕES

* A ser seguido também nos planos de autogestões por RH (art. 2º, I, da RN 137/06)

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Início

BENEFICIÁRIO DESEJA SOLICITAR A EXCLUSÃO DO SEU PLANO DE SAÚDE

Destinatário do Pedido

BENEFICIÁRIO SOLICITA A EXCLUSÃO À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

PRAZO DE 30 DIAS *

Contato por qualquer meio que comprove a solicitação

ENVIO DA SOLICITAÇÃO À OPERADORA

OPERADORA ENVIA AO BENEFICIÁRIO O COMPROVANTE DA SOLICITAÇÃO (EFEITO IMEDIATO À DATA DA CIÊNCIA DA OPERADORA) INFORMANDO AS CONSEQUÊNCIAS DA EXCLUSÃO DO PLANO

PRAZO DE 10 DIAS ÚTEIS

Operadora responde a quem lhe encaminhou a solicitação: PJ e ao beneficiário.

COMPROVANTE DE EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO (EFEITO IMEDIATO À DATA DA CIÊNCIA DA OPERADORA) COM AS INFORMAÇÕES SOBRE COBRANÇAS E DEVOLUÇÕES

*** Expirado o prazo de 30 dias, o beneficiário pode procurar diretamente a Operadora para solicitar a sua exclusão do plano de saúde.**

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

PLANO COLETIVO POR ADESÃO

ATENDIMENTO TELEFÔNICO

SITE DA OPERADORA NA INTERNET

PRESENCIAL

Início

BENEFICIÁRIO DESEJA SOLICITAR A SUA EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

Destinatário do Pedido

SOLICITA À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

SOLICITA À ADMINISTRADORA E RECEBE PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO COM INFORMAÇÕES SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO PEDIDO

SOLICITA À OPERADORA E RECEBE PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO COM INFORMAÇÕES SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO PEDIDO

Contato por qualquer meio que comprove a solicitação.

Envio da solicitação à operadora

Operadora/Administradora envia ao beneficiário o comprovante da solicitação (efeito imediato à data da ciência da operadora/adm.) com as informações sobre as consequências da exclusão do plano

PRAZO DE 10 DIAS ÚTEIS

Operadora responde a quem lhe encaminhou a solicitação: Administradora ou PJ + Beneficiário

BENEFICIÁRIO RECEBERÁ COMPROVANTE DE EXCLUSÃO (EFEITO IMEDIATO À DATA DA CIÊNCIA DA OPERADORA/ADM. OU À DATA DA SOLICITAÇÃO QUANDO FEITA À OPERADORA) COM AS INFORMAÇÕES SOBRE COBRANÇAS E DEVOLUÇÕES

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

CONSEQUÊNCIAS DA SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

- **Efeito Imediato e Caráter Irrevogável à partir da ciência da Operadora ou Administradora;**
- **Não isenção de Contraprestações ou Coparticipações já devidas;**
- **Eventuais utilizações posteriores a solicitação de cancelamento correm as expensas do beneficiário;**
- **O ingresso em novo plano poderá eventualmente sujeitar o beneficiário à:**
  - ✓ **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 consequente imposição de Cobertura Parcial Temporária (CPT)**

OUTRAS DISPOSIÇÕES

- **A Solicitação de Cancelamento/Exclusão independe do adimplemento contratual;**

- **O Cancelamento de Contrato Individual/Familiar não exime o beneficiário do pagamento de multa rescisória;**

- **<u>Disposições Transitórias</u>: os contratos coletivos que não foram aditados até a data do aniversário contratual ou até 12 meses da vigência da nova RN para se adequar às novas regras de exclusão do beneficiário a seu pedido não poderão receber novos beneficiários, salvo novo cônjuge e filhos do titular;**

QUADRO COMPARATIVO

	INDIVIDUAL OU FAMILIAR	COLETIVO POR ADESÃO	COLETIVO EMPRESARIAL
EFEITO IMEDIATO	SIM, a partir da solicitação	SIM, a partir da ciência da OPS ou ADM	SIM, na ciência da OPS
DESTINATÁRIO DA SOLICITAÇÃO	OPS	OPS, ADM ou PJ	PJ contratante, expirado 30 dias operadora
PRAZO PARA ENTREGA DO COMPROVANTE DE CANCELAMENTO	10 dias úteis	10 dias úteis	10 dias úteis
DIREITO DE ARREPENDIMENTO	NÃO	NÃO	NÃO
CANAIS DE SOLICITAÇÃO	PRESENCIAL, SITE DA OPS NA INTERNET E ATENDIMENTO TELEFÔNICO	PJ CONTRATANTE, PRESENCIAL, SITE DA OPS NA INTERNET E ATENDIMENTO TELEFÔNICO	PJ CONTRATANTE, PRESENCIAL, SITE DA OPS NA INTERNET E ATENDIMENTO TELEFÔNICO

Próximos Passos

- **Publicação de Perguntas e Respostas no site da ANS na internet;**
- **Elaboração e Divulgação de Cartilha com orientações sobre o tema;**
- **Oficina com as Operadoras.**

Obrigada!

www.ans.gov.br | Disque ANS: 0800 701 9656

ans.reguladora

@ANS_reguladora

ansreguladora oficial

ans_reguladora

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da **Saúde**

BRASIL GOVERNO FEDERAL

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar