RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº XX, DE XXX DE XXXXXXXXXXX DE 201X

Dispõe sobre a solicitação de cancelamento de contrato ou exclusão de beneficiário em contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão a pedido.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em vista do que dispõe o artigo 3º, os incisos II, XXXII e XXXVI do artigo 4º cumulados com o inciso II do artigo 10 todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em conformidade com o disposto no inciso III do artigo 6º e com a alínea “a” do inciso II do artigo 86, ambos da Resolução Normativa - RN n° 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

**CAPÍTULO I**

**DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Resolução regulamenta a solicitação de cancelamento de contrato ou exclusão de beneficiário em contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão a pedido.

Art. 2º Para os efeitos desta Resolução considera-se:

I – beneficiário: pessoa física vinculada à operadora através de contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão;

II – cancelamento do contrato de plano de saúde: rescisão de contrato individual ou familiar a pedido do beneficiário titular;

III – exclusão de contrato individual ou familiar: exclusão de beneficiário dependente, a pedido do titular, de contrato individual ou familiar que continua vigente;

IV – exclusão do contrato coletivo empresarial ou por adesão: exclusão, a pedido, de beneficiário titular ou dependente de contrato coletivo empresarial ou por adesão que continua vigente.

Art. 3º A regulamentação de que trata o artigo 1º desta Resolução se aplica apenas aos contratos que foram celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou que foram adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

**CAPÍTULO II**

**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Seção I**

**Da Solicitação de Cancelamento ou Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar**

**Subseção I**

**Das Formas de Solicitação de Cancelamento ou Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar**

Art. 4º O beneficiário poderá solicitar o cancelamento ou a exclusão de beneficiário em contrato de plano de saúde individual ou familiar:

I – presencialmente na sede da Operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados; ou

II – por meio de acesso ao atendimento telefônico da Operadora; ou

III – através da página da Operadora na internet.

§ 1º As Operadoras deverão disponibilizar os meios previstos neste artigo para a escolha dos beneficiários.

§ 2º As solicitações realizadas nas formas previstas nos incisos I e II deste artigo deverão observar os requisitos previstos no art.6º e 7º da Resolução Normativa nº 395, de 14 de janeiro de 2016 e suas atualizações.

§ 3º Para as solicitações a serem realizadas na forma prevista no inciso III deste artigo, a Operadora deverá disponibilizar obrigatoriamente acesso ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS em seu portal corporativo, nos termos previstos na Resolução Normativa nº 389, de 26 de novembro de 2015 e suas atualizações

§ 4º. As disposições que trata este artigo não afasta a necessidade de observância, pelas operadoras, do disposto no Decreto n° 6.523, de 31 de julho de 2008, que regulamenta a Lei n° 8.078, de 11 de setembro de 1990, fixando normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC, ou legislação que o substitua.

Art. 5º No ato da solicitação de cancelamento ou da exclusão de beneficiário de plano de saúde individual ou familiar, a Operadora prestará as informações previstas no artigo 17 desta resolução.

Parágrafo único. Uma vez prestada as informações, o cancelamento terá efeito imediato e caráter irrevogável.

**Subseção II**

**Da Entrega do Comprovante de Recebimento da Solicitação de Cancelamento ou Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar**

Art. 6º A Operadora dará ciência ao beneficiário do recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão de beneficiário do contrato de plano de saúde individual ou familiar através da entrega do respectivo comprovante.

§ 1º As solicitações realizadas de modo presencial serão comprovadas pela entrega imediata do respectivo comprovante.

§ 2º As solicitações realizadas através de contato telefônico serão comprovadas pelo fornecimento imediato do protocolo de atendimento ao beneficiário.

§ 3º As solicitações realizadas através do acesso ao portal corporativo da Operadora na internet serão comprovadas pela emissão de resposta automática ao beneficiário.

Art. 7º É obrigatória a entrega do comprovante de solicitação ao beneficiário na forma do artigo anterior.

Parágrafo único. A entrega do comprovante de solicitação não desobriga a Operadora do dever de prestar as informações dispostas no artigo 17 desta Resolução.

**Seção II**

**Da Solicitação de Exclusão de Beneficiários de Contrato Coletivo Empresarial**

**Subseção I**

**Do Envio da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial**

Art. 8º O beneficiário titular deverá solicitar, por qualquer meio, à pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde do está no qual é vinculado a sua exclusão ou a de beneficiário dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

Art. 9 º No ato do recebimento da solicitação da exclusão de contrato de plano de saúde coletivo empresarial, encaminhado pela pessoa jurídica contratante, a Operadora prestará as informações previstas no artigo 17 desta resolução ao beneficiário.

Parágrafo único. Uma vez prestadas as devidas informações, o cancelamento terá efeito imediato e caráter irrevogável.

**Subseção II**

**Da Entrega do Comprovante de Recebimento da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial**

Art. 10 Após ser cientificada pela Pessoa Jurídica Contratante do pedido de exclusão, a Operadora dará ciência ao beneficiário titular do recebimento da solicitação de exclusão do contrato coletivo empresarial através da entrega do respectivo comprovante.

Parágrafo Único. É obrigatória a entrega do comprovante de solicitação de que trata o artigo anterior ao beneficiário.

Art. 11. A entrega do comprovante de solicitação ao beneficiário não desobriga a Operadora do dever de prestar as informações dispostas no artigo 17 desta Resolução.

**Seção III**

**Da Solicitação de Exclusão de Beneficiários de Contrato Coletivo Por Adesão**

**Subseção I**

**Dos Meios de Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Por Adesão**

Art. 12 O beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão ou de beneficiário dependente de contrato coletivo por adesão:

I – à pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde; ou

II – à Administradora de Benefícios, quando figurar no contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a Operadora; ou

III – à Operadora de planos privados de assistência à saúde.

§ 1º As solicitações recebidas pelas entidades de que tratam os incisos I e II deste artigo serão encaminhadas à Operadora.

§ 2º Nas solicitações de que tratam os incisos II e III deste artigo, o beneficiário poderá utilizar qualquer uma das formas previstas no artigo 4º desta Resolução e o cancelamento terá efeito imediato.

§ 3º As solicitações de que trata o inciso I e III deste artigo têm efeito imediato a partir da data do seu recebimento pela Operadora.

§ 4º As solicitações de que trata o inciso II deste artigo têm efeito imediato a partir da data do seu recebimento pela Administradora de Benefícios.

Art. 13 Uma vez cientificado o beneficiário, o cancelamento terá efeito imediato e caráter irrevogável,

Parágrafo único. O beneficiário será informado do disposto no caput deste artigo conforme estabelece o inciso IV do artigo 17 desta resolução normativa.

**Subseção II**

**Da Entrega do Comprovante de Recebimento de Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Por Adesão**

Art. 14 A Administradora de Benefícios ou a Operadora destinatária do pedido de exclusão, dará ciência ao beneficiário do recebimento da solicitação de exclusão do contrato coletivo por adesão através da entrega do respectivo comprovante.

Parágrafo único. Nas solicitações de exclusão recebidas pela pessoa jurídica contratante, a Operadora encaminhará o comprovante ao beneficiário com as informações dispostas no artigo 17 desta Resolução.

Art. 15 É obrigatória a entrega do comprovante de solicitação de que trata o artigo anterior ao beneficiário.

Parágrafo único. A entrega do comprovante de solicitação não desobriga a Operadora do dever de prestar as informações dispostas no artigo 17 desta Resolução.

**Seção IV**

**Das Disposições Comuns às Solicitações de Cancelamento de Contrato ou Exclusão de Beneficiário de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão**

**Subseção I**

**Do Momento de Exercício do Direito de Cancelamento de Contrato ou Exclusão de Beneficiário de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão**

Art. 16 O pedido de cancelamento dos contratos individuais ou familiares não exime o beneficiário do pagamento de multa rescisória, quando prevista em contrato, se a solicitação ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses, observada a data de assinatura da proposta de adesão.

§ 1º É vedada a cobrança de multa rescisória ao beneficiário participante de contrato coletivo empresarial ou por adesão, pela Operadora ou Administradora de Benefícios, mesmo que ocorra antes da vigência mínima de 12 (doze) meses.

§ 2º A cobrança da multa rescisória de que trata o parágrafo anterior, se prevista contratualmente, poderá ser realizada pela Operadora ou Administradora de Benefícios à pessoa jurídica contratante.

**Subseção II**

**Do Fornecimento de Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde**

Art. 17 No ato da solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou na exclusão de beneficiários de contrato coletivo empresarial ou por adesão, a Operadora ou Administradora de Benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

I – O eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998.

II – O cancelamento de contrato ou exclusão de beneficiário de contrato de plano de saúde individual ou familiar ou a exclusão de beneficiário de contrato coletivo por adesão acarreta a perda do direito à portabilidade de carências, nos termos previstos na RN nº 186, de 2009.

III – O eventual ingresso em novo contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão poderá importar no preenchimento de nova declaração de saúde, e alegação de omissão de doença ou lesão preexistente – DLP, podendo incidir cobertura parcial temporária - CPT.

IV - A solicitação de cancelamento ou exclusão de beneficiário de contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de beneficiário de contrato de plano de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão tem efeito imediato a partir da ciência da Operadora ou Administradora de Benefícios e caráter irrevogável.

V – O eventual ingresso em novo plano de saúde acarretará de imediato a perda 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;

VI – As contraprestações pecuniárias vencidas 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;

VII - As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta.

VIII – A exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes; e

IX – A exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, em conforme ao disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

Art. 18 As informações de que trata o caput do artigo anterior devem:

I – ser disponibilizadas pelo atendente da Operadora ou Administradora de Benefícios no momento da solicitação realizada de modo presencial ou através do SAC destas entidades, ou

II - constar do comprovante de solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde a ser fornecido pela Operadora ou Administradora de Benefícios, nos demais casos.

Art. 19 As informações de que trata o artigo 17 desta Resolução Normativa serão divulgadas pela ANS em sua página na internet e deverão ser disponibilizadas pelas Operadoras e Administradoras de Benefícios em seus portais corporativos em campo específico que permita a fácil visualização pelos beneficiários.

**Subseção III**

**Da Entrega do Comprovante de Cancelamento do Contrato ou Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar ou da Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão e das Informações a serem prestadas**

Art. 20 A partir do envio do comprovante de solicitação de cancelamento ou exclusão, a Operadora deverá encaminhar no prazo de 10 (dez) dias úteis o comprovante do efetivo desligamento do beneficiário do contrato de plano de saúde, por qualquer meio que assegure sua ciência.

Art. 21 O comprovante do efetivo cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão deverá informar que:

I – as coparticipações devidas pela utilização de serviços no período anterior à data de solicitação de cancelamento ou exclusão serão cobradas pela Operadora, Administradora de Benefícios ou pessoa jurídica contratante após o efetivo cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde;

II – as coparticipações que já estiverem sendo cobradas em determinado número de parcelas mensais, quando da solicitação de cancelamento ou exclusão de beneficiário de contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de beneficiário de contrato de plano de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão, continuarão sendo encaminhadas pela Operadora, Administradora de Benefícios ou pessoa jurídica contratante ao beneficiário na forma prevista neste artigo após o cancelamento ou exclusão do beneficiário do contrato;

III – o boleto mensal correspondente ao período anterior à data de solicitação do cancelamento ou exclusão será encaminhado ao beneficiário após o efetivo cancelamento ou exclusão;

IV – eventuais cobranças de serviços realizados, inclusive nos casos de urgência ou emergência, após a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano privado de assistência à saúde serão encaminhadas para pagamento no prazo de que trata o § 1º deste artigo;

V - o valor pro rata, correspondente ao número de dias já quitados pelo beneficiário, será devolvido pela Operadora, por se tratar de período posterior à data de solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário de plano privado de assistência à saúde;

VI – os eventuais valores a serem pagos pela Operadora ao beneficiário, a título de reembolso.

§ 1º – as cobranças de que tratam os incisos I, II, ~~e~~ III e IV deste artigo poderão ser feitas pela Operadora no prazo de 3 (três) anos da data do efetivo cancelamento ou exclusão do beneficiário de contrato de plano de saúde..

§ 2º – a devolução de que trata o inciso V deste artigo deverá ser feita pela Operadora no prazo de 120 (cento e vinte) dias da data do efetivo cancelamento ou exclusão do beneficiário de contrato de plano de saúde.

§ 3º A cobrança pela utilização de serviços realizados após a solicitação de cancelamento ou exclusão de que trata o inciso IV deste artigo poderá ser feita diretamente ao beneficiário.

**CAPÍTULO III**

**DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 22 As solicitações de exclusão de beneficiários de planos privados de assistência à saúde disponibilizados pelas entidades de autogestão, que se enquadram no inciso I do artigo 2º da RN nº 137, de 14 de novembro de 2006, deverão seguir o disposto na Seção I do Capítulo II desta Resolução.

Art. 23 Quando a exclusão de plano coletivo ocorrer a pedido do beneficiário, as operadoras de planos privados de assistência à saúde, ou as administradoras de benefícios, poderão efetuar a referida exclusão sem a anuência da pessoa jurídica contratante.

Art. 24 A Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

“**Cancelamento ou Exclusão do Contrato a Pedido de Beneficiário”**

Art.XXX Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS referentes à solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato individual ou familiar, ou de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão, a pedido de beneficiário.

Sanção – multa de R$ 30.000,00

Art. 25 Esta Resolução entra em vigor 60 (sessenta) dias contados da data de sua publicação.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO

Diretor-Presidente