

Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG**Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado/Beneficiário e Dependente**

Companhia Seguradora Bradesco Saúde		CNPJ/MF 92.693.118/0001-60	Registro na ANS 005711
Operadora Bradesco Saúde -Operadora de Planos S/A		CNPJ/MF 15.011.651/0001-54	Registro na ANS 421715
Operadora Odontoprev S.A		CNPJ/MF 58.119.199/0001-51	Registro na ANS 30194-9
Cia	Apólice	Subfatura	Nome da Empresa/Subestipulante/Subcontratante

Tipo de Movimentação

- ☐ 1 - Cancelamento do Titular ☐ 2 - Cancelamento de dependente ☐ 3 - Alteração de titular
☐ 4 - Alteração de dependente

1- Dados do titular (somente preencher caso alteração / cancelamento do titular)

Matrícula Funcional	Certificado	Nome
Preencher somente os dados a serem alterados		
CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)
RIC (Registro de Identificação Civil)	Sexo	Data de Nascimento
CPF/MF	PIS	Cargo/Ocupação
Nome da Mãe		Data de Admissão
Nome da Mãe		Nova Subfatura

Legenda **Motivo do Cancelamento:** 1-Desistência | 2-Demissão s/ justa causa | 3-Demissão por outros motivos
4-Aposentadoria 5-Falecimento | 6-Duplicidade | 7-A pedido do titular | 10-Portabilidade

Preencher conforme legenda acima

Motivo do Cancelamento:	Data (Alteração ou Cancelamento)
-------------------------	----------------------------------

2 - Dados do cancelamento (somente preencher em caso de Demissão Sem Justa Causa / Aposentadoria do Titular)Titular contribuiu ¹ para o pagamento do prêmio/custo mensal?

- ☐ Sim ☐ Não Caso positivo, por quanto tempo: meses

Quanto à manutenção no plano oferecido no momento do desligamento ao Titular que contribuiu para o pagamento do prêmio/custo mensal:

- ☐ Aceitou, mantendo o(s) dependente(s) informados no item 6
☐ Aceitou, sem manter dependentes
☐ Recusou

Caso tenha aceito, em qual (is) plano (s) deseja permanecer: ☐ Saúde ☐ Odontológico

Início da vigência do benefício

¹ Considera-se contribuição o valor pago pelo empregado, a qualquer tempo, para custear parte ou a integralidade do prêmio/custo mensal do seguro, mesmo que no momento da demissão/aposentadoria, o mesmo não esteja contribuindo no pagamento. Não são considerados como contribuições os pagamentos de valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia.

Assinatura do Segurado/Beneficiário Titular

Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG
Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado/Beneficiário e Dependente

3 - Endereço Residencial do Titular (para correspondência)

Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc)				Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	DDD	Telefone	
E-mail				Telefone Celular		

4 - Dados do Plano

Código do Plano	Código da Região	Nome da Região	Data da Alteração
-----------------	------------------	----------------	-------------------

5 - Dados Bancários (somente preencher em caso de alteração)

Nome do Banco	Número do Banco	Agência	Díg	Conta-Corrente	Díg
---------------	-----------------	---------	-----	----------------	-----

6 - Dependentes

6.1	Certificado	Código	Nome		
CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil		

Legenda **Parentesco:** 1-Cônjuge | 2-Filho(a) | 3-Mãe | 4-Pai | 5-Sogro(a) | 6-Tutelado(a) | 7-Outros
Motivo do Cancelamento: 1- Desistência | 2-Falecimento | 3-Duplicidade | 4-A pedido do Titular

Preencher conforme legenda acima - Parentesco: **Motivo do Cancelamento:**

Nome da Mãe	Data (Alteração ou Cancelamento)
-------------	----------------------------------

CNS (Carteira Nacional de Saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

6.2	Certificado	Código	Nome		
CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil		

Legenda **Parentesco:** 1-Cônjuge | 2-Filho(a) | 3-Mãe | 4-Pai | 5-Sogro(a) | 6-Tutelado(a) | 7-Outros
Motivo do Cancelamento: 1- Desistência | 2-Falecimento | 3-Duplicidade | 4-A pedido do Titular

Preencher conforme legenda acima - Parentesco: **Motivo do Cancelamento:**

Nome da Mãe	Data (Alteração ou Cancelamento)
-------------	----------------------------------

CNS (Carteira Nacional de Saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

6.3	Certificado	Código	Nome		
CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil		

Legenda **Parentesco:** 1-Cônjuge | 2-Filho(a) | 3-Mãe | 4-Pai | 5-Sogro(a) | 6-Tutelado(a) | 7-Outros
Motivo do Cancelamento: 1- Desistência | 2-Falecimento | 3-Duplicidade | 4-A pedido do Titular

Preencher conforme legenda acima - Parentesco: **Motivo do Cancelamento:**

Nome da Mãe	Data (Alteração ou Cancelamento)
-------------	----------------------------------

Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG**Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado/Beneficiário e Dependente**

CNS (Carteira Nacional de Saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

6.4	Certificado	Código	Nome
-----	-------------	--------	------

CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil
--------	--------------------	------	--------------

Legenda	Parentesco: 1-Cônjuge 2-Filho(a) 3-Mãe 4-Pai 5-Sogro(a) 6-Tutelado(a) 7-Outros Motivo do Cancelamento: 1- Desistência 2-Falecimento 3-Duplicidade 4-A pedido do Titular
----------------	--

Preencher conforme legenda acima - Parentesco: _____ **Motivo do Cancelamento:** _____

Nome da Mãe	Data (Alteração ou Cancelamento)
-------------	----------------------------------

CNS (Carteira Nacional de Saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

6.5	Certificado	Código	Nome
-----	-------------	--------	------

CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil
--------	--------------------	------	--------------

Legenda	Parentesco: 1-Cônjuge 2-Filho(a) 3-Mãe 4-Pai 5-Sogro(a) 6-Tutelado(a) 7-Outros Motivo do Cancelamento: 1- Desistência 2-Falecimento 3-Duplicidade 4-A pedido do Titular
----------------	--

Preencher conforme legenda acima - Parentesco: _____ **Motivo do Cancelamento:** _____

Nome da Mãe	Data (Alteração ou Cancelamento)
-------------	----------------------------------

CNS (Carteira Nacional de Saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

Informação Importante

Ao beneficiário cancelado é assegurado o direito ao exercício de portabilidade de carências em até 60 dias da extinção do vínculo, na forma prevista na Resolução Normativa - RN nº 438/2018, da ANS.

Declaro a veracidade das informações prestadas neste formulário e autorizo o seu processamento no sistema da Bradesco Saúde.

Assinatura do Estipulante/Contratante

Fone Fácil Bradesco Consultas, Informações e Serviços Transacionais. Capitais e Regiões Metropolitanas: 4002 0022 Demais Localidades: 0800 570 0022 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.	SAC - Alô Bradesco: 0800 704 8383 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099 Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
--	---

Ouvidoria: 0800 727 9933 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 09h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG**Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado/Beneficiário e Dependente****PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO BENEFICIÁRIO TITULAR DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADO E QUE OPTOU PELA MANUTENÇÃO NO(S) PLANO(S) DE SAÚDE E/OU ODONTOLÓGICO****DECLARAÇÃO****Declaro ter ciência e concordar com as condições abaixo:**

1. Sou responsável, a partir da data de início de vigência especificada neste formulário, pelo **pagamento integral da minha mensalidade e de meus dependentes ora listados.**

2. Deverei **manter atualizado**, junto à empresa os meus **dados cadastrais** (endereço completo, telefone, e-mail). Tenho ciência de que as **notificações mencionadas nos itens 4 e 5 abaixo serão realizadas com base nos dados que a seguradora/operadora possui disponíveis em seu cadastro.**

3. Não poderei, durante o tempo de vigência, **mudar de padrão de plano;**

4. **A(s) cobertura(s) do(s) plano(s) será(ão) suspensa(s) em caso de atraso no pagamento pelo período previsto em contrato, mediante prévia notificação, de acordo com o estabelecido em Resolução Normativa editada pela ANS, que trata do tema notificação por inadimplência;**

5. **No caso de não pagamento de duas mensalidades, consecutivas ou não, o beneficiário será notificado até o 50º dia de inadimplência, contados do vencimento da primeira mensalidade em aberto, na forma prevista em Resolução Normativa editada pela ANS, que trata do tema notificação por inadimplência. Se não houver a quitação dos valores em aberto em até 10 (dez) dias ininterruptos a partir da data da notificação, o(s) plano(s) será(ão) cancelado(s), de forma definitiva e irreversível.**

6. A minha permanência como beneficiário está condicionada à manutenção do(s) plano(s) para os funcionários ativos;

7. Tenho conhecimento do valor integral da(s) mensalidade(s) do(s) plano(s), bem como da forma e periodicidade de seu(s) reajuste(s), que terá(ão) como data-base o mês de aniversário do(s) contrato(s) em conformidade com as cláusulas de reajuste nele(s) previstas;

8. **Meu direito de manutenção no(s) Plano(s), bem como o de meus dependentes, se houver, se extingue após decorrido o prazo de permanência previsto na legislação, e que é contabilizado considerando o período de contribuição informado neste formulário, ou antes disso caso ocorra uma das seguintes hipóteses:**

i) Pelo não pagamento da mensalidade, na forma do item 5 acima;

ii) Quando da minha admissão em novo emprego, considerado-se qualquer novo vínculo profissional que possibilite o meu ingresso em um plano coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

iii) Quando do cancelamento, pela empresa, do(s) plano(s) coletivo(s) oferecido(s) aos seus empregados ativos e ex-empregados;

iv) Por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do Plano, mediante apresentação de prova pela Operadora e comunicação escrita ao Contratante;

v) Em caso de infrações ou fraudes comprovadas; ou

vi) Por minha solicitação formal ao Contratante.

9. É de minha responsabilidade informar à empresa tão logo eu seja admitido em novo emprego ou qualquer outro vínculo profissional que possibilite o meu ingresso em um plano coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

Local _____ Data _____

(Assinatura do ex-empregado/Segurado/Beneficiário Titular)