



Protocolo ANS: 30448420210409001418 - Protocolo SAB: SAB161798949475
Registrado em: 09/04/2021 14:31

Status: Resolvido

Nome:

LUIZ VALTER PRUENCA

CPF:

759.624.119-00

Nº Cartão:

002.025.333649.000001.01

Telefone: (41) 997782477

Celular: (41) 996105850

E-mail:

evi.nha1819@gmail.com

Cidade - UF:

ARAUCARIA - PR

Departamento:

Retenção

Tópico de ajuda:

Exclusão dependentes

Tipo:

Solicitação

ID Ligação:

09/04/2021 14:31

Assunto:

Exclusão dependentes

Prazo até:

19/04/2021 14:31

Mensagem:

WILLIAN LEITE FERRAZ

Nº Cartão: 002.025.333649.000001.05

ISABELLY PRUENCA FERRAZ

Nº Cartão: 002.025.333649.000001.06

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 412, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016

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

Art. 15

I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

c) 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;

d) 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;

II - efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;

III – 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;

IV - 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;

V – 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

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

Dúvidas, estamos à disposição através dos seguintes canais:

- **Site** – Após realizar o login no site www.dentaluni.com.br, acesse a opção SAB Atendimentos.
- **App Dental Uni** – Após realizar o login no App Dental Uni, selecione a opção Meus Protocolos disponível no aplicativo.
- **Telefones** – Ligue para 4007 2400 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 643 4300 (demais regiões).
- **Chat** – Atendimento on-line disponível no site www.dentaluni.com.br através da caixa de mensagens no canto inferior direito da tela principal.

Atenciosamente,

Dental Uni Cooperativa Odontológica.

Troca de mensagens com o beneficiário

RESPOSTA

Data: 12/04/2021 12:36

Usuário: SERGIO ANTONIO VIEIRA FILHO

Não Visualizada pelo Beneficiário

Mensagem:

Prezado (a) beneficiário (a),

Conforme solicitado, segue em anexo a confirmação da exclusão de seu dependente com demais informações pertinentes e o boleto referente à multa contratual pelo não cumprimento da vigência mínima de 12 meses.

Dúvidas, estamos à disposição através dos seguintes canais:

- **App Dental Uni** – Após realizar o login no App Dental Uni, selecione a opção Meus Protocolos.
- **Chat** – Atendimento on-line disponível no site www.dentaluni.com.br através da caixa de mensagens no canto inferior direito da tela principal.
- **Site** – Após realizar o login no site www.dentaluni.com.br, acesse a opção SAB Atendimentos.
- **Telefones** – Ligue para 4007 2400 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 643 4300 (demais regiões).

Atenciosamente,

Dental Uni Cooperativa Odontológica.