

ORIENTAÇÕES OPERACIONAIS

RN 412/16 – CANCELAMENTOS DE PLANOS DE SAÚDE

Foi publicada no Diário Oficial da União - DOU de 11/11/16 a RN 412/16 que 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.

A RN 412 visa trazer as informações necessárias e processo a ser seguido nos cancelamentos de contratos de planos de saúde.

Abaixo algumas informações importantes sobre o processo de cancelamento:

Definições:

I - beneficiário: *peessoa física vinculada à operadora por meio de contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão;*

II - cancelamento do contrato: *rescisão de contrato individual ou familiar a pedido do beneficiário titular;*

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

Regras aplicadas aos contratos regulamentados (após 1/1/1999) ou adaptados a Lei 9656.

Solicitação de cancelamento – Plano individual/familiar:

Solicitação pelo titular do contrato, nas seguintes formas:

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

II - por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela operadora; ou

III - por meio da página da operadora na internet.

A operadora deve disponibilizar os meios acima previstos na RN 412, para a escolha do beneficiário.

As solicitações efetuadas presencialmente e via telefônica, deverão seguir os procedimentos da RN 395/15 em relação as regras de protocolo e demais informações para o beneficiário e confirmação do processo solicitado.

Nos casos de solicitações via internet, o procedimento deve seguir as regras da RN 39/15 em vigor, sendo necessário acesso restrito do beneficiário para sua solicitação.

Da Entrega do Comprovante de Recebimento da Solicitação de Cancelamento de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar:

Deve ser fornecido ao beneficiário comprovante do recebimento de sua solicitação de cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar.

As solicitações realizadas de forma presencial serão comprovadas pela entrega imediata do respectivo comprovante

As solicitações realizadas por meio de contato telefônico serão comprovadas pelo fornecimento imediato do protocolo de atendimento ao beneficiário.

As solicitações realizadas por meio de acesso à página da operadora na internet serão comprovadas pela emissão de resposta automática e de protocolo ao beneficiário.

Solicitação de cancelamento – Plano coletivo empresarial:

O beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica contratante, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

A pessoa jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

Expirado o prazo de 30 dias da solicitação do titular, sem que a pessoa jurídica tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora. A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora.

Caberá à operadora fornecer ao titular solicitante o comprovante de recebimento da solicitação de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial. A entrega do comprovante de recebimento da solicitação ao beneficiário não exime a operadora do dever de prestar as informações devidas citadas abaixo.

Solicitação de cancelamento – Plano coletivo por adesão:

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

*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.

As solicitações de exclusão recebidas pela pessoa jurídica contratante e pela administradora de benefícios, mencionadas, serão encaminhadas à operadora, para adoção das providências cabíveis.

As solicitações de exclusão formuladas perante a pessoa jurídica contratante, tem efeito imediato a partir da data de sua ciência pela operadora.

Nas solicitações recebidas pela administradora de benefício e pela operadora, o beneficiário poderá utilizar de qualquer uma das formas também consideradas para planos individuais citados acima, e a exclusão pleiteada terá efeito imediato.

Em complemento às formas descritas, a administradora de benefícios deverá disponibilizar, em seu sítio na internet, a possibilidade de que o beneficiário efetue a solicitação de exclusão.

Comprovantes das solicitações:

A administradora de benefícios ou a operadora destinatária do pedido de exclusão, deverá fornecer ao beneficiário comprovante do recebimento da solicitação de exclusão do contrato coletivo por adesão.

Nas solicitações de exclusão recebidas pela pessoa jurídica contratante, a operadora encaminhará o comprovante ao beneficiário.

A entrega do comprovante de recebimento da solicitação não exime a operadora ou a administradora de benefícios do dever de prestar as informações devidas aos beneficiários.

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

Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

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

a) no cumprimento de novos períodos de carência,

b) na perda do direito à portabilidade de carências,

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.

As informações devem:

I - ser disponibilizadas pelo atendente da operadora ou administradora de benefícios no momento da solicitação realizada de modo presencial ou através dos canais destas entidades; ou

II - constar do comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a ser fornecido pela operadora ou administradora de benefícios, nos demais casos.

As informações serão divulgadas pela ANS em seu sítio institucional na internet e deverão ser disponibilizadas pelas operadoras e administradoras de benefícios nos respectivos sítios na internet, em campo específico que permita a fácil visualização pelos beneficiários.

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

A partir do fornecimento do comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão, a operadora ou a administradora de benefícios deverá encaminhar, no prazo de 10 (dez) dias úteis, o comprovante do efetivo cancelamento do contrato ou desligamento do beneficiário, por qualquer meio que assegure sua ciência.

O comprovante do efetivo cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão deverá informar as eventuais cobranças de serviços pela operadora ou administradora de benefícios.

O pedido de cancelamento dos contratos individuais ou familiares não exige 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.

A rescisão do contrato ou a exclusão do beneficiário independe do adimplemento contratual.

As solicitações de exclusão de beneficiários pelas entidades de autogestão, que se enquadram no inciso I do artigo 2º da RN nº 137/06, deverão seguir o disposto na RN 412/16.

As operadoras ou as administradoras de benefícios poderão efetuar a exclusão de beneficiário em plano de saúde coletivo, conforme solicitado pelo beneficiário, sem a anuência da pessoa jurídica contratante quando solicitada diretamente pelo beneficiário titular.

As penalidades aplicáveis são:

Art. 76-B. Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS relativas à solicitação de cancelamento de contrato individual ou familiar ou exclusão de beneficiário em contrato de plano de saúde coletivo.

Sanção - multa de R\$ 30.000,00"

Art. 26. A RN nº 389, de 2015, passa a vigorar acrescida do art. 27-A, com a seguinte redação:

"Art. 27-A. A solicitação de cancelamento de contrato ou exclusão de beneficiário, por meio do sítio da operadora na internet, conforme definido pela RN nº 412, de 10 de novembro de 2016, deverá ocorrer na área do PIN-SS."

Art. 27. As operadoras deverão adaptar o PIN-SS ao disposto no artigo 27-A no prazo de 120 (cento e vinte) dias, a contar da data da entrada em vigor desta RN.

A RN 412/16 entra em vigor no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data de 11/11/16.

Atenciosamente,

SP, 11/11/16.

CONFIANZA ACTUARIAL CONSULTORIA E ASSESSORIA LTDA.

A consultoria atuarial em que você pode confiar!