

NOVAS REGRAS PARA CANCELAMENTO DE PLANOS DE SAÚDE

11/05/2017

Por: Fabiana Leão
fabiana.leao@cnflaw.com

Entra em vigor hoje a Resolução Normativa nº. 412 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que altera algumas regras e facilita ao beneficiário o cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar e a exclusão de contrato coletivo empresarial ou coletivo por adesão.

A partir das novas regras, o beneficiário de contratos de plano individual ou familiar pode solicitar a rescisão de forma presencial nos endereços da operadora, por telefone ou *internet*, ocasião em que receberá um comprovante de sua solicitação e esta terá efeito imediato.

Já o beneficiário titular de contrato coletivo empresarial poderá solicitar sua exclusão ou de qualquer dependente do plano de saúde mediante solicitação à empresa em que trabalha, igualmente por qualquer meio de comunicação.

Será responsabilidade da empresa informar tal exclusão à operadora no prazo de até 30 dias, e o beneficiário titular somente poderá efetuar a solicitação diretamente à operadora caso a empresa deixe de cumprir este prazo.

Importante destacar que a exclusão somente terá efeito a partir da data de ciência da operadora, e não da data de solicitação do beneficiário à empresa.

A exclusão de contratos de plano coletivo por adesão, por sua vez, poderá ser solicitada à pessoa jurídica contratante (empresas, associações, órgãos de classe, sindicatos, cooperativas), que deverá comunicar a operadora e a exclusão somente terá efeito a partir de tal data. Alternativamente, poderá o beneficiário solicitar a exclusão diretamente à administradora de benefícios (quando houver) ou à operadora do plano de saúde, sendo que nestas duas hipóteses a exclusão terá efeito imediato.

Além do comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento ou de exclusão, que deverá ser fornecido qualquer que seja o tipo de contratação, a operadora deverá obrigatoriamente prestar esclarecimentos sobre as consequências da solicitação, tais como a impossibilidade de desistência do pedido, a necessidade de cumprimento de carência em eventual ingresso posterior em novo plano de saúde, sem possibilidade de portabilidade, a necessidade de preenchimento de nova declaração de saúde e de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária caso haja doença ou lesão preexistente, bem como a perda imediata do direito de remissão.

A operadora também deverá esclarecer expressamente que as despesas com a utilização do plano de saúde após a data de solicitação correrão por conta do solicitante, bem como o pagamento das mensalidades vencidas ou coparticipações devidas.

Importante frisar que a efetivação do cancelamento ou de exclusão deverá ser cumprida pela operadora independentemente do adimplemento contratual, e não eximirá o beneficiário do pagamento da multa rescisória contratualmente prevista, na hipótese da solicitação de rescisão dos contratos individuais ou familiares ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses.

Vale lembrar, por fim, que estas regras somente se aplicam aos planos novos, ou seja, aos contratos celebrados após 01/01/1999 ou aos adaptados à Lei nº 9.656/98, e a operadora que deixar de cumpri-las estará sujeita a uma multa de R\$ 30.000,00.

O presente alerta legal foi escrito e divulgado com finalidade meramente didática e informativa, e, portanto, não configura uma orientação jurídica ou consultoria em nenhuma hipótese. Para obter uma orientação específica sobre o tema aqui tratado, consulte um advogado.

www.cnflaw.com