

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

| | | | |
|--|---------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Companhia Seguradora Banco Bradesco S.A. | | CNPJ/MF 92.693.118/0001-60 | Registro na ANS 005711 |
| Operadora Odontoprev S.A | | CNPJ/MF 58.119.199/0001-51 | Registro na ANS 30194-9 |
| Cia | Apólice | Subfatura | Nome da Empresa/Subestipulante |

Tipo de Movimentação

- ☐ 1 - Cancelamento do Titular ☐ 2 - Cancelamento de dependente ☐ 3 - Alteração de titular
☐ 4 - Alteração de dependente ☐ 5 - Inclusão de dependente

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

| | | |
|--------------------|-------------|------|
| Matícula 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 | Estado Civil |
|---------------------------------------|------|--------------------|--------------|

| | | | |
|--------|-----|----------------|------------------|
| CPF/MF | PIS | Cargo/Ocupação | Data de Admissão |
|--------|-----|----------------|------------------|

Nome da Mãe

| | |
|----------------|----------------------------------|
| Nova Subfatura | Data (Cancelamento ou Alteração) |
|----------------|----------------------------------|

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

| | |
|-------------------|-----------------------------|
| E-mail do Titular | Telefone Celular do Titular |
|-------------------|-----------------------------|

2 - Dados do cancelamento (somente preencher em caso de Demissão Sem Justa Causa / Aposentadoria do Titular)

Titular contribuiu ¹ para o pagamento do prêmio?

- ☐ 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:

- ☐ 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 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 Titular

Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG

Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e Dependente

3 - Endereço Residencial do Titular (para correspondência)

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

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 (* preencher somente nos casos de inclusão/alteração)

Favor preencher os devidos campos com os códigos informados abaixo

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

Parentesco*

☐ 1 - Cônjuge ☐ 2 - Filho(a) ☐ 3 - Mãe ☐ 4 - Pai ☐ 5 - Sogro (a) ☐ 6 - Tutelado (a) ☐ 7 - Outros

| | |
|--------------|--|
| Nome da Mãe* | Data de inclusão ou alteração do cancelamento* |
|--------------|--|

Motivo do Cancelamento*

☐ 1 - Desistência ☐ 2 - Falecimento ☐ 3 - Duplicidade ☐ 4 - A pedido do titular

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| 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* | | |

Parentesco*

☐ 1 - Cônjuge ☐ 2 - Filho(a) ☐ 3 - Mãe ☐ 4 - Pai ☐ 5 - Sogro (a) ☐ 6 - Tutelado (a) ☐ 7 - Outros

| | |
|--------------|--|
| Nome da Mãe* | Data de inclusão ou alteração do cancelamento* |
|--------------|--|

Motivo do Cancelamento*

☐ 1 - Desistência ☐ 2 - Falecimento ☐ 3 - Duplicidade ☐ 4 - A pedido do titular

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| 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* | | |

Parentesco*

☐ 1 - Cônjuge ☐ 2 - Filho(a) ☐ 3 - Mãe ☐ 4 - Pai ☐ 5 - Sogro (a) ☐ 6 - Tutelado (a) ☐ 7 - Outros

| | |
|--------------|--|
| Nome da Mãe* | Data de inclusão ou alteração do cancelamento* |
|--------------|--|

Motivo do Cancelamento*

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Desistência | <input type="checkbox"/> 2 - Falecimento | <input type="checkbox"/> 3 - Duplicidade | <input type="checkbox"/> 4 - A pedido do titular |
| 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* |

Parentesco*

☐ 1 - Cônjuge ☐ 2 - Filho(a) ☐ 3 - Mãe ☐ 4 - Pai ☐ 5 - Sogro (a) ☐ 6 - Tutelado (a) ☐ 7 - Outros

| | |
|--------------|--|
| Nome da Mãe* | Data de inclusão ou alteração do cancelamento* |
|--------------|--|

Motivo do Cancelamento*

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Desistência | <input type="checkbox"/> 2 - Falecimento | <input type="checkbox"/> 3 - Duplicidade | <input type="checkbox"/> 4 - A pedido do titular |
| 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* |

Parentesco*

☐ 1 - Cônjuge ☐ 2 - Filho(a) ☐ 3 - Mãe ☐ 4 - Pai ☐ 5 - Sogro (a) ☐ 6 - Tutelado (a) ☐ 7 - Outros

| | |
|--------------|--|
| Nome da Mãe* | Data de inclusão ou alteração do cancelamento* |
|--------------|--|

Motivo do Cancelamento*

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Desistência | <input type="checkbox"/> 2 - Falecimento | <input type="checkbox"/> 3 - Duplicidade | <input type="checkbox"/> 4 - A pedido do titular |
| 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

| | |
|--|---|
| 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 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).
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 por período superior a 30 (trinta) dias;**
5. **O(s) plano(s) será(ão) cancelado(s), de forma definitiva e irreversível, quando uma das mensalidades permanecer pendente de pagamento pelo prazo de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no período de 12 meses;**
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 Titular)