

Planos de Saúde

Pedido de Cancelamento de Inscrição de Beneficiários

Na qualidade de Beneficiário(a) Titular (ou Responsável pela inscrição) no Plano de Saúde, gerido pela ACS, solicito o cancelamento das inscrições abaixo indicadas:

Indique os dados do(s) beneficiário(s) que pretende cancelar:

Beneficiário(a) nº	Nome do Beneficiário
_____ / _____	_____
_____ / _____	_____
_____ / _____	_____
_____ / _____	_____

Por favor, indique o **principal motivo** do pedido de cancelamento:

Cancelamento a Pedido do Beneficiário

Nos termos regulamentares dos planos de saúde, os cancelamentos a pedido do beneficiário têm efeitos no final do mês seguinte ao da entrada do pedido na ACS, mantendo-se até essa data todos os direitos e obrigações, nomeadamente o pagamento das quotas.

No caso de cancelamento de cônjuges, por divórcio, este poderá surtir efeitos à data do divórcio, quando solicitado no prazo de 30 dias e desde que não tenha existido qualquer consumo de serviços no plano de saúde. Deve anexar cópia da sentença de divórcio + cópia do CC (se pretender alteração de nome).

Cancelamento por Falecimento

O cancelamento por falecimento tem efeitos a partir do dia seguinte à data de falecimento. Deve anexar cópia da certidão de óbito.

Possibilidade de Reinscrição

Por norma os cancelamentos a pedido do beneficiário têm efeitos definitivos, salvo raras exceções, previstas nos regulamentos dos planos de saúde. Para mais informação sobre a possibilidade de reinscrição, consulte o regulamento específico do seu plano de saúde ou contacte o Atendimento a Beneficiários da ACS.

Declaro que tomei conhecimento dos procedimentos de cancelamento^(*) das inscrições acima indicadas e solicito deferimento do meu pedido.

^(*) Não dispensa a consulta do regulamento do plano de saúde

_____ / _____ / _____
(data) (assinatura do(a) Beneficiário(a) Titular ou do seu Responsável)