

Dúvida:

Quais são as regras de portabilidade de carências para o beneficiário que teve o vínculo extinto com o seu plano de saúde?

Parecer Unimed do Brasil:

Prezados,

Há regras diferenciadas para os casos em que a mudança de plano de saúde é motivada pela extinção do vínculo do beneficiário ao seu plano de saúde, quais sejam: por morte do titular do contrato; por perda da condição de dependência; por demissão, exoneração ou aposentadoria, ou término do direito de manutenção no plano por força dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98; ou por rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

Nesses casos, para realizar a portabilidade de carências, não se aplicam os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço. Ou seja, **esse beneficiário poderá fazer a portabilidade mesmo que não esteja mais vinculado ao seu plano, a ele não será exigido o tempo mínimo de permanência no plano, e poderá escolher um plano independentemente de seu preço.**

Entretanto, esse beneficiário deverá requerer a portabilidade dentro do prazo de 60 (sessenta) dias a partir da sua efetiva exclusão do plano ou da data em que tomar conhecimento da sua exclusão.

A operadora do plano de origem deverá comunicar o beneficiário sobre a sua exclusão e o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio de comunicação que assegure o conhecimento do beneficiário e que seja passível de comprovação. Esse comunicado pode servir de base para fins de comprovação da data da ciência da extinção de seu vínculo com o plano de saúde.

Nesses casos, o beneficiário que estiver vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, estará sujeito, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, mesmo que não tenha cumprido carência no plano de origem.

O beneficiário que estiver cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem estará sujeito aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

Se o beneficiário estiver pagando agravo e estiver há menos de 24 (vinte e quatro) meses no plano de origem, poderá optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente, ou pelo pagamento de agravo, se for oferecido pela operadora do plano de destino.



www.unimed.coop.br
Alameda Santos, 1827 - 10º andar
01419-909 - São Paulo - SP
T. (11) 3265-4000



A forma de cálculo do agravo deverá ser negociada entre operadora e beneficiário, a ANS não interfere nesse processo diretamente.

Essas regras diferenciadas não valem para o beneficiário que fez o cancelamento a pedido do seu vínculo, ou foi excluído do plano por fraude ou inadimplência.