REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE PLANO SAÚDE INTEGRAL

Eu,_____
Títular do Plano INTEGRAL SAÚDE, solicito:

( ) Cancelamento Total do meu Plano de Saúde;

( ) Cancelamento mensalidade SERJUS;

( ) Cancelamento do(s) meu(s) dependente(s), abaixo relacionado(s):

Nome do(s) dependente(s):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Declaro estar ciente do todas as consequências desta solicitação de exclusão em conformidade com Artigo 15 da Resolução Normativa 561/22 - ANS, descritas abaixo:

I – Efeito imediato e caráter irrevogável a partir da ciência da Administradora;

II – As contraprestações pecuniárias vendas e / ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós pagamento, pela utilização dos serviços utilizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do Plano de Saúde são de responsabilidade do beneficiário;

III – eventual ingresso em novo plano de saúde importar:
• Imposição em novos prazos de carência (quando aplicáveis)
• Perda imediata do direito de remissão (quando houver)
• Perda do Direito ao exercício da Portabilidade de carências (quando aplicável)
• Necessidade de preenchimento de Nova Declaração de Saúde e eventual consequente imposição de Cobertura Parcial Temporária (CPT) por pré-existência.

Rio De Janeiro, _____ de _____ de 202___.

Assinatura do Titular: _____
Dados do Titular:
RG:_____
CPF:_____
Telefone: _____