

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE CAMPE



Eu, _____, beneficiário (a) Titular/Responsável Financeiro (a), solicito o desligamento do plano de saúde da CAMPE e dos seguintes dependentes:

() Do Próprio Titular () Dos seguintes dependentes:

Nome:

Nome:

Nome:

Nome:

Motivo do Desligamento: _____

1) Declaro estar ciente de que no ato do cancelamento do plano comprometo-me a devolver a(s) carteira(s) do(s) beneficiário(s) que está(rão) sendo desligado(s). Caso a(s) carteira(s) do plano assistencial não seja(m) devolvida(s), estou ciente de que sou responsável pelo pagamento de quaisquer utilizações indevidas após a efetivação do meu desligamento inclusive nos casos de urgência e emergência.

2) Declaro ainda estar ciente de que o cancelamento do plano terá efeito imediato a partir da ciência da operadora.

3) Declaro, também, estar ciente que, ao solicitar cancelamento do meu plano de saúde terei as seguintes implicações quando do eventual ingresso no plano de saúde:

3.1) Cumprimento de novos prazos de carência;

3.2) Preenchimento de nova declaração de saúde;

3.3) As mensalidades vencidas ou eventuais coparticipações devidas que tenham data anterior a solicitação de cancelamento deverão ser quitadas;

3.4) No falecimento do beneficiário titular do contrato não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais;

4) LGPD – Todos os dados (Titulares e Dependentes) permaneceram sob a guarda da Operadora em cumprimento a Resolução Normativa RN 529/2022, art. 4º. da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Artigo 205 do Código Civil.

Recife, _____ de _____ de _____.

BENEFICIÁRIO (A) TITULAR