FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DO PLANO DE SÁUDE SABIN SINAI – COLETIVO ADESAO

1 - Dados da Sabin Sinai:

Vita Saúde - Vita Assistência à Saúde, Operadora de planos privados de assistência à saúde situada a Av. Presidente Itamar Franco 4001, 5º Subsolo – Torre Leste – Centro Médico Monte Sinai, cidade Juiz de Fora/MG – CEP 36.016-200, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 414905

2 - Dados da Contratante

Razão Social:	**CNPJ:**

3 - Dados do Titular:

Nome Titular:	**CPF do Titular:**

Solicitação de Exclusão: ☐ Titular ☐ Dependente ☐ Ambos

Motivo da Solicitação: ☐ Próprio Beneficiário ☐ Inadimplência ☐ Óbito (Necessário anexar certidão de óbito)

4 - Beneficiários que serão excluídos:

Titular:	
Dependente 1:	
Dependente 2:	
Dependente 3:	
Dependente 4:	

5- Declaração de ciência:

1. Excepcionalmente em caso de óbito, a exclusão do referido beneficiário terá efeito a partir do dia seguinte ao falecimento, mediante comunicação e apresentação da cópia do atestado de óbito;
2. **É responsabilidade da pessoa jurídica contratante ou titular do plano**, a devolução dos cartões de identificação do plano de saúde;
3. **As guias de atendimento emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir do momento da solicitação de exclusão do beneficiário**;
4. A solicitação de exclusão de beneficiário, em caso de eventual ingresso/reingresso no plano de saúde, poderá importar:

   a) No cumprimento de novos períodos de carência;

   b) No preenchimento de nova declaração de saúde e, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP), novo cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT), por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão em novo plano, a suspensão de: procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos.

   c) **Perda imediata do direito aos serviços adicionais ao plano de saúde**, como por exemplo remissão quando houver contratado, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

   d) **Condições atualizadas**: de preço, faixa etária, mecanismos de regulação, etc.

Eu, _____,CPF nº: _____, estando vinculado ao contrato supracitado, estou ciente das informações acima prestadas e manifesto a minha vontade em:

☐ Realizar a minha exclusão e de meu(s) dependente(s), ou
☐ Realizar a exclusão de meu(s) dependente(s), informados no item **4** deste documento;

_____ Data:_____/_____/_____
Assinatura Titular (Legível)

_____
Assinatura do Responsável da Empresa (Legível)