SOLICITAÇÃO DE TROCA DE PLANO

Eu _____, CPF _____, solicito a **troca do meu plano** Vita Saúde e de meus dependentes da segmentação:

( ) Ambulatorial - Amb - Registro 479832185 – S. S. Alcance PJ.
( ) Ambulatorial - Amb - Registro 490532216 – S. S. Alcance SD+ PJ.
( ) Ambulatorial - Amb - Registro 500319249 – Alcance Personal SD+PJ.
( ) Enfermaria - Amb + Hosp Com Obst - Registro 469783139 – S. S. Seleto PJ.
( ) Enfermaria - Amb + Hosp Com Obst - Registro 490534212 – S. S. Seleto SD+ PJ.
( ) Enfermaria - Amb + Hosp Com Obst - Registro 500270242 – S. S. Seleto TR+PJ.
( ) Enfermaria - Amb + Hosp Com Obst - Registro 500318241 - Seleto Personal SD+PJ.
( ) Apartamento - Amb + Hosp Com Obst - Registro 467622120 – S. S. Exclusivo PJ.
( ) Apartamento - Amb + Hosp Com Obst - Registro 490533214 – S. S. Exclusivo SD+ PJ.
( ) Apartamento - Amb + Hosp Com Obst - Registro 500267242 – S. S. Exclusivo TR+PJ.
( ) Apartamento - Amb + Hosp Com Obst - Registro 500317242 - Exclusivo Personal SD+PJ.

Para:
( ) Ambulatorial - Amb - Registro 479832185 – S. S. Alcance PJ.
( ) Ambulatorial - Amb - Registro 490532216 – S. S. Alcance SD+ PJ.
( ) Ambulatorial - Amb - Registro 500319249 – Alcance Personal SD+PJ.
( ) Enfermaria - Amb + Hosp Com Obst - Registro 469783139 – S. S. Seleto PJ.
( ) Enfermaria - Amb + Hosp Com Obst - Registro 490534212 – S. S. Seleto SD+ PJ.
( ) Enfermaria - Amb + Hosp Com Obst - Registro 500270242 – S. S. Seleto TR+PJ.
( ) Enfermaria - Amb + Hosp Com Obst - Registro 500318241 - Seleto Personal SD+PJ.
( ) Apartamento - Amb + Hosp Com Obst - Registro 467622120 – S. S. Exclusivo PJ.
( ) Apartamento - Amb + Hosp Com Obst - Registro 490533214 – S. S. Exclusivo SD+ PJ.
( ) Apartamento - Amb + Hosp Com Obst - Registro 500267242 – S. S. Exclusivo TR+PJ.
( ) Apartamento - Amb + Hosp Com Obst - Registro 500317242 - Exclusivo Personal SD+PJ.

Junto a empresa contratante: _____**.**

Ciente que:

- Se a troca for de plano apenas **ambulatorial** para plano com acomodação em **Enfermaria** ou **Apartamento,** haverá cumprimento de carências de **180 dias** para Internações Clinicas/Cirúrgicas, **300 dias** para Parto e **730 dias** de Doenças e Lesões Pré-existentes para utilizar as novas coberturas, permanecendo inalterados as carências já cumpridas, estando assim disponível para utilização caso necessário.
- Se a troca for dentro da mesma segmentação, da acomodação **Enfermaria** para **Apartamento** haverá cumprimento de carências de **180 dias** para utilizar a nova acomodação, permanecendo inalterados as carências já cumpridas na acomodação anterior, estando assim disponível para utilização caso necessário.

- Se a troca for da acomodação **Apartamento** para **Enfermaria**, não haverá cumprimento de carências, **porém, caso deseje retornar** para a acomodação apartamento, ciente que haverá cumprimento de carências de **180 dias** para utilizar a acomodação apartamento, permanecendo inalterados as carências já cumpridas na acomodação anterior, estando assim disponível para utilização caso necessário.
- Ciente que meus dependentes, caso tenha, serão incluídos no mesmo produto ora contratado por mim.

A troca de acomodação ocorrerá a partir do dia 1° do mês seguinte desde que esta solicitação seja entregue ao Sabin Sinai até o dia 20 do mês anterior. Ou seja, solicitações entregues após esta data serão tratadas somente no próximo fechamento.

Declaro ciência e de acordo com as informações acima,

Local e data, _____, ____/____/_____.

_____

Assinatura do Titular