**#10**

**NUP:**      **/**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FOP 258.03 - TERMO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO - PLANO POSTAL VIVER SAÚDE**  Registro ANS: 472083141 | | | | | | | | |
| **BENEFICIÁRIO PARA EXCLUSÃO** | | | | | | | | |
| **Titular do plano de saúde** | | | | **Dependente(s)** | | | | |
| **DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR** | | | | | | | | |
| **Nome (Completo e sem abreviação):** | | | | | | | | |
| **Matrícula Funcional:** | | | | | **CPF:**    .   .   - | | | |
| **Telefone:** | | Residencial: (  ) | Comercial: (  ) | | | | Celular: (  ) | |
| **E-mail:** | | | | | | | | |
| **Observação: Em caso de exclusão do titular, todos os dependentes serão excluídos automaticamente, não havendo necessidade de preenchimento do item abaixo.** | | | | | | | | |
| **SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)** | | | | | | | | |
| Solicito a **EXCLUSÃO** do(s) seguinte(s) dependente(s) do plano de saúde: | | | | | | | | |
| **NOME** | | | | | | | | **TIPO DE DEPENDÊNCIA** |
|  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |  |
| **MOTIVAÇÃO DA EXCLUSÃO** | | | | | | | | |
| **Queremos entender melhor o motivo que levou você a cancelar o plano de saúde. Por favor, selecione a opção que melhor descreve sua situação:** | | | | | | | | |
|  | Motivo financeiro | | | |  | Mudança para o exterior | | |
|  | Não utiliza o plano | | | |  | Tempo de carência | | |
|  | Rede credenciada insuficiente | | | |  | Cobranças indevidas | | |
|  | Insatisfação | | | |  | Exclusão de dependente a pedido do titular | | |
|  | Demora ou negativa de cobertura | | | |  | Outros (por favor, especifique): | | |
|  | Portabilidade para outra operadora (por favor, especifique): | | | | | | | |
| **Coletar essa informação nos ajuda a identificar áreas de melhoria e a oferecer um serviço melhor para nossos beneficiários.** | | | | | | | | |
| **TERMOS E CONDIÇÕES** | | | | | | | | |
| Pelo presente Termo, estou ciente que:   1. Os dados preenchidos são de total responsabilidade do beneficiário, não tendo a Postal Saúde ingerência sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja rasurado ou sem assinatura; 2. Os beneficiários identificados neste formulário serão excluídos do plano INDEPENDENTEMENTE da condição em que se encontrar. Se estiver internado e/ou em tratamento, as despesas serão de inteira responsabilidade do beneficiário titular do plano; 3. O eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:    * 1. no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998;      2. na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na Resolução Normativa nº 438, de 2018 ou norma que vier a sucedê-la, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;      3. no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos; e      4. No efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios. 4. As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário; 5. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta; 6. A exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto na Resolução Normativa nº 561, de 2022, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências, ou norma que vier a sucedê-la; 7. **A exclusão do titular, acarretará, automaticamente, na exclusão de todos os seus dependentes cadastrados na Assistência Médica e odontológica;** 8. Estarei sujeito às sanções previstas nas normas em caso de constatação de informação inverídica, omissão de informação, utilização indevida do Plano Postal Viver Saúde e uso indevido do Cartão do Beneficiário; e 9. Esta solicitação deverá ser entregue nos canais disponíveis pela Operadora, informados no site [www.postalsaude.com.br](http://www.postalsaude.com.br) conforme preconiza a Resolução Normativa nº 561/2022. 10. Ao solicitar a minha exclusão como beneficiário do plano de saúde ou do(s) meu(s) dependente(s), os dados pessoais necessários continuarão a ser armazenados pela Postal Saúde em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), e que esse armazenamento é necessário para atender a obrigações legais e regulatórias, bem como para assegurar o cumprimento de eventuais compromissos contratuais ou administrativos. | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **ASSINATURA** |
| **Local:**  **Data:**    /    / |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Titular do Plano de Saúde |

