

Nome:

CPF: _____ Matrícula: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Protocolo: _____ Horário do cancelamento: _____

NOME COMPLETO DO(S) BENEFICIÁRIO(S) PARA CANCELAMENTO

Titular para ser cancelado:

Dependente 1: _____ CPF: _____

Dependente 2: _____ CPF: _____

Dependente 3: _____ CPF: _____

Dependente 4: _____ CPF: _____

Dependente 5: _____ CPF: _____

NOME COMPLETO DO(S) BENEFICIÁRIO(S) PARA CANCELAMENTO

Presencial

E-mail

WhatsApp

Telefone

Correios/ Malote

Via Patrocinador

SOLICITO CANCELAMENTO DA(S) INSCRIÇÃO(ÕES) DO(S) BENEFICIÁRIO(S) LISTADO(S) ACIMA e Autorizo a cobrança das mensalidades e coparticipações devidas até a data do cancelamento, bem como me responsabilizo pelo pagamento das despesas referentes a utilização indevida após o efetivo cancelamento dos serviços, se houver.

Estou ciente que a cobrança de eventuais valores devidos a título de COPARTICIPAÇÃO em despesas médicas realizadas anteriores a esta data, poderão ser faturadas em cobranças posteriores e que tenho conhecimento do art 15 da RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 561, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2022, sobre as Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde.

Declaro estar ciente de que o cancelamento do plano Ex-Minascaixa, quando solicitado pelo titular, não gera direito ao retorno do plano.

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Como participante do plano assistencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano assistencial ora formalizada, disponha dos meus dados pessoais e, eventualmente dados pessoais sensíveis, desde que necessários, bem como de meus dependentes porventura inscritos, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, podendo tal consentimento ser revogado a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades específicas constantes deste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

TRATAMENTO DE DADOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Declaro, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, que **AUTORIZO EXPRESSAMENTE** o tratamento dos dados pessoais da criança/adolescente indicado como beneficiário, nos termos do art. 14 da Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

Declaro, ainda, que as informações prestadas são verdadeiras e que possuo poderes legais para conceder este consentimento.

ASSINATURA

As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais ou informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-Brasil, conforme disposto pelo artigo 10, da Medida Provisória nº 2.200/2001, em vigor no Brasil.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do titular

Fundação Libertas

Consequências decorrentes do cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde, conforme art 15 da RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 561, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2022,

I - Eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998;

b) 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;

c) 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;

d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

II - 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;

III - 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;

IV - 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;

V - A exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes;

VI - 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 195, de 2009, 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.