

SOLICITAÇÃO DE PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS PARA BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA SAÚDE



À

CAIXA DE ASSISTÊNCIA OSWALDO CRUZ – FIOSAUDE

Avenida Brasil, 4036 – 3º andar – Manguinhos

21040-361 - Rio de Janeiro - Estado do Rio de Janeiro

Eu _____, inscrito (a) no CPF nº _____ nos termos da Resolução Normativa nº 438/2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, solicito a portabilidade de carências do plano _____ (nome comercial e registro da ANS) para o Plano _____ (nome comercial e registro da ANS) oferecido pela FioSaúde.

TERMO DE CIÊNCIA

Estou ciente e aceito sem restrições, que:

- 1.A documentação apresentada será analisada pela FioSaúde em até 10 (dez) dias, estando sujeita a recusa caso não atenda aos requisitos previstos na Resolução Normativa nº 438/2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- 2.Ao exercer a portabilidade de carências terei que solicitar o cancelamento do vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias, a partir do início da vigência do plano da FioSaúde.
- 3.A inscrição estará sujeita ao cumprimento dos períodos de carências regulamentares caso o cancelamento do vínculo com plano de origem não seja realizado conforme item 2 deste termo de ciência.
- 4.A portabilidade de carências não pode ser exercida por beneficiários internados, ressalvadas as hipóteses de portabilidade decorrente da extinção de vínculo de beneficiário e do exercício das portabilidades especial e extraordinária.
- 5.A vigência do plano e cobrança do valor da mensalidade (formação do preço: pré- pagamento) será realizada a partir da data em que a FioSaúde deferir o pedido de portabilidade, mediante formal comunicação.
- 6.Declaro, ainda, para os devidos fins, que tenho total ciência de que os meus dados pessoais e/ou sensíveis aqui coletados serão tratados pela FIOSAÚDE, por seus diretores, empregados, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas enquanto houver necessidade contratual por força do Regulamento do Plano, e/ou de cumprimento de obrigação legal e regulatória e até que cessem todos os prazos prescricionais, podendo ainda a operadora de saúde mantê-los armazenados nos termos estabelecidos pela legislação vigente.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____
Dia Mês Ano

Assinatura Beneficiário (maiores de 16 anos)*

Assinatura Representante Legal

* Solicitação de beneficiários maiores de 16 e menores de 18 anos também deverá ser assinada pelo Representante Legal.