

FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO

Para solicitar o cancelamento do serviço do seguro de AUMENTO DE CAPITAL E SERIT, preencha o formulário abaixo e envie ao GRC – Gestão de Relacionamento com o Cooperado através do site (www.dentaluni.- com.br) após realizar login na opção GRC - Meus Protocolos.”

NOME COMPLETO:			
DATA DE NASCIMENTO: / /	RG:	CPF:	
ENDEREÇO:		COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	CEP:	CIDADE/UF:	
CRO:	TELEFONE: ()	CELULAR: ()	
E-MAIL:			

- Os dados pessoais preenchidos acima serão utilizados exclusivamente para a prestação dos serviços contratados nos termos do artigo 7º, inciso V, da Lei Federal nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais LGPD, ressalvada eventual obrigação legal que exija os dados ou a adesão a termo de consentimento que preveja outras condições de tratamento destes dados pessoais.
- A DENTAL UNI compartilhará os referidos dados com autoridades, fornecedores e prestadores de serviços para que sejam cumpridas as finalidades previstas anteriormente. Os dados permanecerão sob a guarda da controladora SEGUROS UNIMED após o término da relação contratual para exercício regular de direitos e cumprimento de eventuais obrigações legais e/ou regulatórias.
- A DENTAL UNI e a SEGUROS UNIMED se comprometem a zelar pela segurança dos dados pessoais aos quais tiverem acesso, exercendo as boas práticas de governança e segurança da informação, na forma da Lei.
- Dúvidas ou maiores esclarecimentos a respeito do tratamento dos dados pessoais ora preenchidos devem ser tratados pelo “Fale Conosco disponibilizado no Portal Seguros Unimed”.

COBERTURA Á SER CANCELADA	MORTE ACIDENTAL	SERIT	VALOR COBRADO
☐ Morte Acidental + Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) + Seguro de Renda por Incapacidade Temporária - (SERIT)	R\$ 42.920,00	R\$ 3.000,00	R\$ 33,70
☐ Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) + Seguro de Renda por Incapacidade Temporária - (SERIT)	R\$ 60.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 55,51
☐ Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) + Seguro de Renda por Incapacidade Temporária - (SERIT)	R\$ 84.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 77,45
☐ Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) + Seguro de Renda por Incapacidade Temporária - (SERIT)	R\$ 120.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 110,35

MOTIVO DO CANCELAMENTO

1. Os dados pessoais preenchidos acima serão utilizados exclusivamente para a prestação dos serviços contratados nos termos do artigo 7º, inciso V, da Lei Federal nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais LGPD, ressalvada eventual obrigação legal que exija os dados ou a adesão a termo de consentimento que preveja outras condições de tratamento destes dados pessoais.
2. A DENTAL UNI compartilhará os referidos dados com autoridades, fornecedores e prestadores de serviços para que sejam cumpridas as finalidades previstas anteriormente. Os dados permanecerão sob a guarda da controladora SEGUROS UNIMED após o término da relação contratual para exercício regular de direitos e cumprimento de eventuais obrigações legais e/ou regulatórias.
3. A DENTAL UNI e a SEGUROS UNIMED se comprometem a zelar pela segurança dos dados pessoais aos quais tiverem acesso, exercendo as boas práticas de governança e segurança da informação, na forma da Lei.
4. Dúvidas ou maiores esclarecimentos a respeito do tratamento dos dados pessoais ora preenchidos devem ser tratados pelo "Fale Conosco disponibilizado no Portal Seguros Unimed".

CONDIÇÕES FINAIS

1. Todas as informações referente ao cancelamento do seu benefício serão registrados e respondidos em protocolo perante a Dental Uni. As informações estarão disponíveis para acesso e rastreamento através do site (www.dentaluni.com.br) em "GRC - MEUS PROTOCOLOS" ou através do APP Mobile "MINHA DENTAL UNI" em "MEUS PROTOCOLOS".
2. Em caso de dúvidas ou reclamações referentes ao seu benefício, entrar em contato diretamente com a DENTAL UNI através dos canais "GRC Meus Protocolos" (site ou APP) ou pelos telefones: 4007 2300 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 603 3683 (demais localidades)

Data: ____/____/____

Assinatura e CRO do cooperado