

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DO DEMITIDO/APOSENTADO- RN 279/11

I- EXCLUSÃO COM CIÊNCIA DO DIREITO DE MANUTENÇÃO DO PLANO COMO EX-EMPREGADO

1. DADOS DO CONTRATANTE

CONTRATANTE	CONTRATO
-------------	----------

2. DADOS DO TITULAR

Devido a rescisão do contrato de trabalho por demissão ou aposentadoria, solicitamos a exclusão do beneficiário titular abaixo relacionado e, conseqüentemente, dos dependentes a ele vinculados.

CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	NOME DO BENEFICIÁRIO

3. QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO DIREITO AO PLANO DE EX-EMPREGADO

O EX EMPREGADO FOI EXCLUÍDO POR:

Demissão ou exoneração por justa causa;

Demissão ou exoneração sem justa causa.

O ex-empregado estava aposentado? SIM NÃO;

Aposentadoria; ou

Aposentado que continuou trabalhando e foi a óbito.

O beneficiário contribuiu ou contribuía para o pagamento do seu plano de saúde?

SIM NÃO

Se sim, por quanto? _____

Nota: Somente é considerada contribuição para viabilizar o direito à manutenção no plano, a contribuição do titular no pagamento da sua mensalidade. Não são consideradas como contribuição o pagamento parcial ou integral da(s) mensalidade(s) do(s) dependente(s) ou o pagamento dos valores à título de fator moderador-coparticipação e/ou franquia.

4. CIÊNCIA E OPÇÃO PARA MANUTENÇÃO DO PLANO DO DEMITIDO/APOSENTADO

De acordo com a RN 279/11 da ANS, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, nas mesmas condições de cobertura assistencial, tais como: segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, que usufruía durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- Já contribuisse financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de



- contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) Assuma o pagamento integral do plano de saúde, de acordo com a tabela do plano de inativos para sua faixa etária e de seus dependentes;
 - c) Em caso de opção de manutenção do plano deverá ser preenchido o item II deste formulário.

5. TABELA DE INATIVOS

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO
0-18		
19-23		
24-28		
29-33		
34-38		
39-43		
44-48		
49-53		
54-58		
59 acima		
Mês de reajuste anual:		

6. MANIFESTAÇÃO DE OPÇÃO

Declaro que estou ciente dos meus direitos e obrigações quanto a manutenção do plano na condição de ex-empregado e afirmo que:

- OPTOU pela manutenção do plano;
- NÃO OPTOU pela manutenção do plano.

DATA DA CIÊNCIA: ____/____/____.

ASSINATURA E CARIMBO DO
CONTRATANTE

ASSINATURA DO EX-EMPREGADO



II- FORMULÁRIO PARA MANUTENÇÃO DO PLANO COMO EX-EMPREGADO

1. DADOS DO CONTRATANTE

CONTRATANTE	CONTRATO
-------------	----------

2. DADOS DO PLANO

Nº DE REGISTRO NA ANS	DATA DE ADESÃO
-----------------------	----------------

3. DADOS DO EX-EMPREGADO*

NOME COMPLETO		Nº DO CPF	
TEL. RESIDENCIAL	TEL. CELULAR/WHATSAPP	E-MAIL	
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA E COBRANÇA			Nº
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF

*Nos casos de beneficiário aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e faleceu, é obrigatório formalizar qual dependente inscrito assumirá responsabilidade do plano, inclusive o pagamento.

4. BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

O ex-empregado tem direito de manter ou não os dependentes já cadastrados no plano de saúde antes do desligamento da empresa e posteriormente poderá incluir **somente novo cônjuge e filhos**.

Declaro que é de meu interesse exercer o direito de manutenção acompanhado de todos os beneficiários dependentes já inscritos quando da vigência de meu contrato de trabalho.

Declaro que é de meu interesse exercer o direito de manutenção acompanhado apenas de algum(ns) do(s) beneficiários dependentes já inscritos quando da vigência de meu contrato de trabalho.

DEP. 1	NOME COMPLETO	Nº DO CPF
DEP. 2	NOME COMPLETO	Nº DO CPF
DEP. 3	NOME COMPLETO	Nº DO CPF

5. TEMPO DE PERMANÊNCIA DO EX-EMPREGADO NO PLANO

DEMITIDO OU EXONERADO SEM JUSTA	APOSENTADO
---------------------------------	------------



CAUSA	
Poderá permanecer no plano o equivalente a 1/3 do tempo total que tenha contribuído para o plano de saúde (mesmo que em outra operadora), sendo o mínimo de 6 (seis) meses e o máximo de 2 (dois) anos.	- Menos de 10 (dez) anos de contribuição: Poderá permanecer no plano à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição; ou - 10 (dez) anos ou mais de contribuição: Poderá permanecer no plano por prazo indefinido, desde que a empresa mantenha o plano de saúde para os empregados ativos.

6. CANCELAMENTO AUTOMÁTICO DO PLANO DE EX-EMPREGADOS

- Se o beneficiário for admitido em novo emprego que possibilite o ingresso em novo plano de saúde;
- Quando terminarem os prazos de permanência no plano como demitido/aposentado;
- Se a ex-empregadora rescindir o contrato de plano de saúde com esta operadora, automaticamente o plano de ex-empregado será cancelado;
- Atraso no pagamento de 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, mediante notificação até o 50º (quingagésimo) dia de atraso; ou
- Por vontade própria, mediante pedido formalizado à operadora.

7. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA

Declaro, para os devidos fins que:

- a) Assumirei o pagamento integral da mensalidade prevista na tabela de valores para inativos e também das coparticipações (se houver).
- b) Estou ciente que a apuração do reajuste anual será de acordo com os dados de todos os ex-empregados da Unimed Caruaru.
- c) No caso de admissão em novo emprego cujo vínculo profissional me possibilite a inscrição no plano de saúde da nova empregadora, me comprometo a formalizar junto a operadora o pedido de cancelamento do plano.
- d) Autorizo a ex-empregadora e/ou operadora a solicitar a documentação comprobatória, a qualquer tempo, com a finalidade de comprovar o direito de permanência no plano da condição de ex-empregado.

Estou ciente que:

- a) Os beneficiários que estavam cumprindo carência ou em período de Cobertura Parcial Temporária- CPT na data de rescisão do contrato de trabalho cumprirão os períodos remanescentes neste plano.
- b) No prazo de 60 (sessenta) dias contados da data de cancelamento no plano de ex-empregado, observadas as normas na ANS, posso exercer o direito a portabilidade de carências.

DATA:

____/____/____

ASSINATURA DO EX-EMPREGADO



ANEXO I DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO

TITULAR

- 1) Cópia do RG e CPF;
- 2) Comprovante de residência e telefone atualizados;
- 3) Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:
 - Cópia do contracheque;
 - Termo de rescisão contratual de trabalho.

Nos casos de **ex-empregado aposentado**, além dos documentos acima, é necessário o documento de concessão da aposentadoria emitido pelo INSS.

DEPENDENTES

- **Esposo(a)**- Cópia do CPF, RG e Certidão de Casamento;
- **Companheiro(a)**- Cópia do CPF, RG e Certidão de União Estável;
- **Filhos**- Cópia CPF, RG ou Certidão de Nascimento.

