

FORMULÁRIO DEMITIDO OU APOSENTADO (RN 279)

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

1. DADOS DA OPERADORA

OPERADORA	CNPJ	REGISTRO ANS
Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense	85.283.299/0001-91	354295

2. DADOS DO(A) CONTRATANTE

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE	Nº CONTRATO

3. 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.

Motivo	Código beneficiário	Nome do beneficiário	Data de exclusão
70			__/__/__

Motivo de exclusão: 70 – Desligamento da empresa e/ou associado

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

O EX-EMPREGADO FOI EXCLUÍDO POR <input type="checkbox"/> Demissão sem justa causa. O ex-empregado estava aposentado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não; <input type="checkbox"/> Aposentadoria; ou <input type="checkbox"/> Aposentado que continuou trabalhando e foi a óbito.	Tempo de contribuição (meses):
<p>Nota: Somente é considerada contribuição para viabilizar o direito à manutenção no plano, a contribuição do titular no pagamento da sua mensalidade. Não devem ser consideradas como contribuição o pagamento parcial ou integral da(s) mensalidade(s) do(s) dependente(s) ou o pagamento dos valores à título de <u>coparticipação</u> como fator moderador.</p>	

5. CIÊNCIA E OPÇÃO PARA MANUTENÇÃO DO PLANO DE EX-EMPREGADOS

De acordo com a Resolução RN nº 279 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 (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;
- Assuma o pagamento integral do plano de saúde, de acordo com a tabela do plano de inativos para a sua faixa etária e de seus dependentes; e
- A opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de ciência abaixo.
- Em caso de opção de manutenção do plano deverá ser preenchimento o item II deste formulário que deverá ser encaminhado à operadora.

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:

OPTO pela manutenção do plano;

NÃO OPTO pela manutenção do plano;

ANALISAREI A PROPOSTA e notificarei à empresa contratante no prazo de 30 (trinta) dias da data de ciência abaixo. Não havendo manifestação minha no prazo autorizo assumir como desinteresse na manutenção do plano.

DATA DA CIÊNCIA: ____ / ____ / ____.

EMPRESA:

CNPJ:

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) CONTRATANTE

ASSINATURA DO EX-EMPREGADO

II - FORMULÁRIO MANUTENÇÃO NO PLANO COMO EX-EMPREGADO

1 . DADOS DO(A) CONTRATANTE

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE	Nº CONTRATO
<input type="checkbox"/> NOVA INCLUSÃO	<input type="checkbox"/> INCLUSÃO DEPENDENTE(S)

2 . DADOS DO PLANO

Nº REGISTRO ANS	ABRANGÊNCIA <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Municipal	INÍCIO DE VIGÊNCIA ____ / ____ / ____
COPARTICIPAÇÃO <input type="checkbox"/> 50%	ACOMODAÇÃO <input type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> Apto	

3. DADOS DO EX-EMPREGADO*

NOME COMPLETO (sem abreviações)				
CÓDIGO BENEFICIÁRIO QUANDO FUNCIONÁRIO ATIVO		CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA CONDIÇÃO DE EX-EMPREGADO		
TELEFONE CELULAR ()	TELEFONE RESIDENCIAL ()	E-MAIL		
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA E COBRANÇA				NÚMERO
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF

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

4 . DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

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

Dep. 1	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
CÓDIGO BENEFICIÁRIO:		CNS:	
Dep. 2	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
CÓDIGO BENEFICIÁRIO:		CNS:	
Dep. 3	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
CÓDIGO BENEFICIÁRIO:		CNS:	
Dep. 4	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
CÓDIGO BENEFICIÁRIO		CNS	
As inscrições serão aceitas mediante correto preenchimento de todos os campos e a cópia dos documentos previstos contratualmente e no anexo I deste formulário.			

5 . VENCIMENTO E ENVIO DO BOLETO

VENCIMENTO	<input type="checkbox"/> Débito automático em minha conta corrente, <i>sendo obrigatório envio da autorização;</i> <input type="checkbox"/> Retirar o boleto no Site da Unimed Chapecó <input type="checkbox"/> Envio do boleto por Correio, quando o endereço acima informado for válido*.
10 ()	
15 ()	<i>*Havendo optado pelo recebimento do boleto por Correio, comprometo-me a informar imediatamente à Operadora caso não receba até 5 dias antes do respectivo vencimento.</i>

6 . TEMPO DE PERMANÊNCIA DO EX-EMPREGADO NO PLANO

DEMITIDO OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA	APOSENTADO
Poderá permanecer no plano o equivalente a 1/3 do tempo total que tenha contribuído para o plano de saúde, sendo o <u>mínimo de seis meses</u> e o <u>máximo de dois anos</u> .	<ul style="list-style-type: none"> Menos de 10 (dez) anos de contribuição: Poderá permanecer no plano por <u>período equivalente ao tempo de contribuição</u>; ou 10 (dez) anos ou mais de contribuição: Poderá permanecer no plano <u>indefinidamente, enquanto a empresa mantiver o plano de saúde para os empregados ativos</u>.

7. 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 ou aposentado;
- Se a ex-empregadora rescindir o contrato de plano de saúde com esta operadora, automaticamente o plano de ex-empregado será cancelado;
- Inadimplência de 60 dias consecutivos ou não, mediante notificação até 50º dia de atraso; ou
- Por vontade própria, mediante pedido formalizado à operadora, esclarecimentos através dos canais de atendimento previstos no verso do cartão.

8. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA

Declaro, para os fins de direito que:

- a. Assumirei o pagamento integral da mensalidade prevista na tabela de valores para inativos e coparticipações, se houver.
- b. Estou ciente que os valores serão reajustados anualmente (conforme negociação com a ex-empregadora ou cláusula contratual) e em caso de mudança de faixa etária.
- 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 documentação comprobatória, a qualquer tempo, com a finalidade de comprovar o direito de permanência no plano na condição de ex-empregado.
- e. Declaro ainda que as **informações ora prestadas são verdadeiras**, sob pena de incorrer nos termos previstos dos artigos 171 e 299 do Código Penal, bem como dos artigos 186 e 187 do Código Civil.

Estou ciente que:

- a. Os beneficiários que estavam cumprindo carência ou em período de Cobertura Parcial Temporária – CPT na data da rescisão do contrato de trabalho cumprirão os períodos remanescentes neste plano.
- b. Ocorrendo o cancelamento do plano de ex-empregado, conforme condições acima especificadas, é de minha responsabilidade a devolução dos cartões de identificação.
- c. Posso exercer a portabilidade de carências nesta Operadora ou em outra, nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da CONTRATADA.
- d. A Operadora disponibiliza o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** no link: www.unimed.coop.br/chapeco com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano.
- e. O plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar.

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO EX-EMPREGADO

ANEXO I
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO

TITULAR

- 1) **Cópia** CPF, CNS e RG;
- 2) **Comprovante de residência atualizado** em nome do **titular** conforme opções abaixo:
 - **Faturas** de água, luz, telefone fixo ou móvel, cartão de crédito, condomínio, NET ou contrato de locação;
* **Todos devem conter o mês de competência e descrição dos serviços**

OBS: Quando não possuir comprovante de endereço em nome do titular, preencher e enviar junto com o comprovante a Declaração de residência.

- 3) **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**

- Termo de rescisão contratual de trabalho.

- 4) **Telefones e e-mail atualizados**

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

DEPENDENTES

- **Esposo (a):** Cópia CPF, CNS, RG e Certidão de Casamento;
- **Companheiro (a):** Cópia CPF, CNS, RG e Escritura Pública ou Declaração Particular de União Estável (assinada pelo casal, reconhecidas as assinaturas em cartório);
- **Filhos menores de 06 anos:** Cópia CNS, Certidão de Nascimento e CPF quando disponível;
- **Filhos a partir de 06 anos:** Cópia do CPF, CNS e RG;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 06 anos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
- **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos menores de 06 anos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
- **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 06 anos e comprovação de convivência do casal;
- **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 06 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular;
- **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos a partir dos 06 anos e Termo de Curatela.

Beneficiário Titular: _____ Data: ____/____/____
Código cartão: _____**Comunicado do Direito ao Exercício de Portabilidade de Carências Por Perda de Vínculo**

Prezado (a),

Em função da exclusão dos beneficiários abaixo citados do plano de saúde, comunicamos o direito ao exercício da portabilidade de carência por perda de vínculo nos termos da Resolução Normativa nº 438/2018.

Esclarecemos que a portabilidade de carências por perda de vínculo é a possibilidade do beneficiário contratar ou aderir a um plano de saúde, na mesma operadora ou outra operadora, com aproveitamento dos períodos de carência e cobertura parcial temporárias já cumpridos no plano origem.

Para exercer o direito à portabilidade de carências será necessário acessar o site da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, www.ans.gov.br, e emitir o relatório de compatibilidade de planos através do “Guia ANS de Planos de Saúde”, bem como atender os requisitos estabelecidos para o exercício da portabilidade de carência por perda de vínculo.

Segue relação do(s) beneficiário(s) e dados do plano de saúde no qual estava(m) vinculado(s):

Beneficiário	Valor da Mensalidade	Data de inclusão no plano	Nº do Registro do plano

IMPORTANTE: O prazo para exercer a portabilidade de carências em qualquer operadora de planos de saúde é de **60 (sessenta) dias** a partir do recebimento deste comunicado.

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com o setor Gestão de Contratos, através do telefone (49) 3361-1816 e e-mail portabilidadern438@unimedchapeco.coop.br.



Dr. Waldir Savi Júnior
Diretor Plano de Saúde
Unimed Chapecó- Coop.Trab. Méd. Reg. Oeste Cat.

CIÊNCIA DO TITULAR

ASSINATURA DO TITULAR	DATA DE CIÊNCIA ____/____/____
-----------------------	-----------------------------------