

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.		
Código beneficiário	Nome do beneficiário	Data de exclusão
		__/__/__

Motivo de exclusão: Desligamento da empresa e/ou associado

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

O EX-EMPREGADO FOI EXCLUÍDO POR ☐ Demissão sem justa causa. O ex-empregado estava aposentado? ☐ Sim ☐ Não; ☐ Aposentadoria; ou ☐ Aposentado que continuou trabalhando e foi a óbito.	Tempo de contribuição (meses):
--	--------------------------------

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 coparticipação como fator moderador.

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 contribuiu 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: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) CONTRATANTE

Razão Social:

CNPJ:

ASSINATURA DO EX-EMPREGADO

II - FORMULÁRIO MANUTENÇÃO NO PLANO COMO EX-EMPREGADO

1 . DADOS DO(A) CONTRATANTE

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE	Nº CONTRATO
☐ NOVA INCLUSÃO ☐ INCLUSÃO DEPENDENTE(S)	

2 . DADOS DO PLANO

Nº REGISTRO ANS	ABRANGÊNCIA ☐ Nacional ☐ Estadual ☐ Regional ☐ Municipal	INÍCIO DE VIGÊNCIA ____/____/____
COPARTICIPAÇÃO ☐ 50%	ACOMODAÇÃO ☐ Coletivo ☐ 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 conjuge e filhos**.

Dep. 1	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO ☐ M ☐ F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
	CÓDIGO BENEFICIÁRIO:		CNS:
Dep. 2	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO ☐ M ☐ F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
	CÓDIGO BENEFICIÁRIO:		CNS
Dep. 3	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO ☐ M ☐ F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
	CÓDIGO BENEFICIÁRIO:		CNS
Dep. 4	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO ☐ M ☐ 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	☐ Débito automático em minha conta corrente, <i>sendo obrigatório envio da autorização;</i>
	☐ Retirar o boleto no Site da Unimed Chapecó
	☐ Envio do boleto por Correio, quando o endereço acima informado for válido*.
	<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> .	- 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 que tomei conhecimento:

- a. do **valor do custo do meu plano de acordo com a minha faixa etária e de meus dependentes enquanto funcionário ativo**, bem como o valor da minha contribuição e do empregador no custeio do plano enquanto funcionário ativo.
- b. dos **valores das mensalidades nos casos de permanência no plano de saúde na condição de ex-empregado**, demitido sem justa causa ou aposentado, desde que a contribuição para o plano seja na minha mensalidade como titular.
- c. que as **substituições de prestadores** não hospitalares da rede assistencial do meu plano ficarão disponíveis nos canais de atendimento informados no cabeçalho deste documento e no verso do cartão do plano.
- d. que o **GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)**, editado pela ANS, será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.
- e. que 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 que posso solicitar à pessoa jurídica contratante **cópia do instrumento contratual** contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.
- f. que o plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar.
- g. que os **atendimentos realizados terão coparticipação**, quando devido, conforme prevê cláusula contratual **Mecanismos de Regulação**.
- h. que a Pessoa Jurídica à qual estou vinculado(a) receberá informações necessárias para a execução do contrato, de acordo com a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- i. que Operadora realizará o tratamento dos dados pessoais fornecidos por mim em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais"), inclusive, quando aplicável, para fins de compartilhamento com outras Unimed's por meio do Sistema de Intercâmbio ou com prestadores de serviços parceiros, tudo conforme Política de Privacidade disponível eletronicamente no site www.unimed.coop.br/chapeco.

Declaro ainda que:

- a. recebi o **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (MPS)**, editado pela ANS, antes da assinatura desta proposta, li e compreendi o seu inteiro teor.
- b. na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes vinculados ao mesmo,
- c. na qualidade de titular e responsável legal dos adolescentes (maior de 12 anos e menores de 18), ou incapazes, tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais,

inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.

DATA: ____/____/____.

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO(A) CONTRATANTE

9. TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS

MENOR DE IDADE (CRIANÇA ATÉ 12 ANOS)

Na qualidade de responsável legal pelo menor de idade (criança até 12 anos), declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações acima e tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento de seus respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.

Assinatura do Titular (Responsável Legal) _____

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:
Código cartão:

Data:

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