**FORMULÁRIO DEMITIDO OU APOSENTADO (RN 279)**

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

**1 . DADOS DA OPERADORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPERADORA**  UNIMED DE TUBARÃO | **CNPJ**  **85.241.339/0001-32** | **REGISTRO ANS**  364860 |

**2 . DADOS DO(A) CONTRATANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** | **N° 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, consequentemente, dos dependentes a ele vínculados.** | | | |
| **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**  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 n° 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:

1. Já contribuísse 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;
2. 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
3. A opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de ciência abaixo.
4. O beneficiário, dentro do prazo de 30 dias previsto na letra “c”, compareça na Unimed de Tubarão e assine o Termo de Adesão ao plano de Ex-empregados, efetivando, assim, a sua adesão.
5. **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 DO(A) CONTRATANTE** |  | **ASSINATURA DO EX-EMPREGADO** |

Beneficiário.....................................

código.............................................

**Referente: Comunicado do Direito ao Exercício de Portabilidade de Carências Por Perda de Vinculo.**

Prezado(a),

Em função da exclusão dos beneficiários abaixo citados do plano de saúde, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, 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](http://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** |
| BNF 1 |
| BNF 2 |
| BNF 3 |
| BNF 4 |

**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 através do fone 0800 645 0221

Data da ciência: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tenho pleno conhecimento de rescisão e/ou término dos benefícios contratuais firmados entre UNIMED DE TUBARÃO e a empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, contrato n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_com a qual estou de pleno acordo, razão pela qual, neste ato, devolvo a carteirinha de identificação Unimed.

**Endereço para correspondência (obrigatório):**

Rua: n°

Bairro: Cidade: Estado:

CEP: Telefones:

E-mail:

Declaro ainda, para os devidos fins que assumo integral responsabilidade financeira, de todo(s) ônus e obrigações enviadas pela UNIMED DE TUBARÃO, posteriormente a esta data oriunda do mesmo contrato antes referido e firmado entre esta e a empresa Contratante.

Tubarão, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Empregado