

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	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):
--	--------------------------------

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.
- 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.

e) 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 Vínculo.

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, 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