**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO MOTIVADO PELA PJ CONTRATANTE**

**PLANOS COLETIVOS**

**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 DOS TITULARES E/OU DEPENDENTE(S) EXCLUÍDOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicitamos a exclusão dos beneficiários abaixo relacionados, vinculados à contratante acima especificada. Ocorrendo a exclusão de beneficiários titulares consequentemente os dependentes serão excluídos.** | **DATA DE EXCLUSÃO**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| **Motivo** | **Código beneficiário** | **Nome** | **Data do óbito\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| \*Quando a exclusão for pelo motivo 73 é obrigatório preencher a data do óbito e apresentar a certidão de óbito à operadora e o a exclusão terá efeito a partir do dia seguinte ao falecimento do beneficiário. |
| **MOTIVOS DE EXCLUSÃO** |
| **70** | Desligamento da empresa e/ou associado |
| **71** | Dependente - Perda de vínculo com o beneficiário titular |
| **75** | Contratação de plano em outra operadora |
| **76** | Migração ou mudança de plano na mesma Unimed/operadora |
| **73** | Óbito\* |
| **85** | Motivado pela PJ contratante  |
| **VENDEDOR** | **N°** |

Na qualidade de representante da Pessoa Jurídica Contratante, declaro para os devidos fins de direito que os beneficiários acima relacionados **não fazem jus ao direito de manutenção do plano na condição de ex-empregado nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656 e Resolução Normativa nº 279, devido:**

**( )** **não terem contribuído financeiramente** no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde coletivo empresarial pré-pagamento;

**( )** **o motivo de rescisão do contrato de trabalho** não assegurar o benefício, em razão de: demissão com justa causa; pedido de demissão por iniciativa do empregado; ou adesão ao Programa de Demissão voluntária-PDV;

**( )** estar inscrito em plano **coletivo por adesão**;

**( )** estar inscrito em plano coletivo empresarial **pós pagamento** na modalidade custo operacional; ou

**( )** beneficiário permanecer vinculado à Pessoa Jurídica Contratante.

**Declaro ainda, que estas informações foram devidamente repassadas aos beneficiário titular.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSINATURA DO(A) CONTRATANTE** |  | **DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.** |

**Nome Beneficiário\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Código beneficiário\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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), 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 201\_\_

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

Assinatura do Empregado