**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 ALTO VALE | **CNPJ**  **00.381.694/0001-54** | **REGISTRO ANS**  372561 |

**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. 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 DO(A) CONTRATANTE** |  | **ASSINATURA DO EX-EMPREGADO** |

**II - FORMULÁRIO MANUTENÇÃO NO PLANO COMO EX-EMPREGADO**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** | **N° CONTRATO** |

**2 . DADOS DO PLANO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° REGISTRO ANS** | **ABRANGÊNCIA**  Nacional Estadual Regional Municipal | **INÍCIO DE VIGÊNCIA**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **COPARTICIPAÇÃO**  0% 20% 30% 50% | **ACOMODAÇÃO**  Coletivo Apto Sem Internação |

**3. DADOS DO EX-EMPREGADO\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | | | | | | | |
| **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 resposabilidade 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 conjugê** **e filhos.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dep. 1** | **NOME** | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **CPF** | **E-MAIL** | |
| **Dep. 2** | **NOME** | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **CPF** | **E-MAIL** | |
| **Dep. 3** | **NOME** | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **CPF** | **E-MAIL** | |
| **Dep. 4** | **NOME** | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **CPF** | **E-MAIL** | |
| 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**  **10** | Débito automático em minha conta corrente, *sendo* *obrigatório envio da autorização;*  Retirar o boleto no Portal do Beneficiário/Cadastro Web;  Boleto seja encaminhado ao e-mail do titular acima informado;  Retirar o boleto na sede dos Correios, devido ausência de número do logradouro ou ausência dos serviços de entrega dos Correios\*;  Envio do boleto por Correio, quando o endereço acima informado for válido\*.  *\*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.* |

**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 mínimo de seis meses e o máximo de dois anos. | * Menos de 10 (dez) anos de contribuição: Poderá permanecer no plano por período equivalente ao tempo de contribuição; ou * 10 (dez) anos ou mais de contribuição: Poderá permanecer no plano indefinidamente, enquanto a empresa mantiver o plano de saúde para os empregados ativos. |

**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:**   1. Assumirei o pagamento integral da mensalidade prevista na tabela de valores para inativos e coparticipações, se houver. 2. 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. 3. 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. 4. 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. 5. 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:**   1. 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. 2. Ocorrendo o cancelamento do plano de ex-empregado, conforme condições acima especificadas, é de minha responsabilidade a devolução dos cartões de identificação. 3. Posso exercer a portabilidade de carências de carências nesta Operadora ou em outra, nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da CONTRATADA. 4. A Operadora disponibiliza o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** no link: <https://www.unimed.coop.br/web/altovale> com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano. 5. 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 e telefone atualizados** em nome do **titular** ou outro documento que comprove.    * ***Exemplos:*** *conta de água, luz ou telefone; contrato de locação; declaração de endereço.* 3. **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**  * Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa); ou * Cópia da Ficha de Registro do Empregado (assinada e carimbada pela empresa); ou * Termo de rescisão contratual de trabalho.   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 (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório); * **Filhos menores de 14 anos:** Cópia CNS, Certidão de Nascimento e CPF quando disponível; * **Filhos a partir de 14 anos:** Cópia do CPF, CNS e RG; * **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 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 14 anos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade; * **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 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 14 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 14anos e Termo de Curatela. | | | | |