**TITULAR EXCLUÍDO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Informações Obrigatórias:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( )Demissão ou exoneração **sem justa causa** | ( ) Demissão ou exoneração **com justa causa**. Não aplicável ao benefício da Lei n° 9656/98. | |
| ( )Aposentadoria, mas continuou trabalhando na mesma empresa. | ( ) Aposentadoria | |
| ( )Óbito | ( ) Para exclusão de beneficiário titular do plano de saúde, sem perda de vínculo profissional | |
| ( ) Pediu demissão |  | |
| O ex-empregado contribuía com o plano de saúde: | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tempo de contribuição (dias, meses, anos):\_\_\_\_\_\_\_ | Data da rescisão do contrato de trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**Permanência no Plano de Benefício Demitido sem justa causa ou Aposentado (Art. 30 e 31 da Lei n° 9.656/98.**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Optou em manter no plano | ( ) Recusou manter no plano |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dependentes:** | | |
|  | Permanecerá no Plano | |
|  | ( ) SIM | ( ) NÃO |
|  | ( ) SIM | ( ) NÃO |
|  | ( ) SIM | ( ) NÃO |

1. A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculado nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATADA o pagamento integral das mensalidades.
2. Tempo de Permanência no plano:
   1. Demitido ou exonerado sem justa causa – 1/3 (um terço) do período de contribuição junto à empresa, com mínimo garantido de 6 meses e no máximo 24 meses.
   2. Aposentado: se o tempo de contribuição junto à empresa for menor que 10 anos, o prazo de permanência será equivalente ao período de contribuição; se maior que 10 anos o tempo será indeterminado.
3. O benefício é extensível ao grupo familiar desde que já inscrito no plano quando da vigência do contrato de trabalho.
4. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).
5. O beneficiário deverá apresentar junto à operadora: RG, CPF, Comprovante de Residência, CTPS e Rescisão.
6. **Contribuição**: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com descontos em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano de saúde.
7. **Não caracteriza contribuição**:
   1. O pagamento de qualquer valor referente aos dependentes;
   2. O desconto em folha referente ao pagamento de coparticipação pela realização de procedimentos;

Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Atenciosamente,

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

**Assinatura da empresa Assinatura do beneficiário titular**