

## SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO TITULAR DO CONTRATO EMPRESARIAL

Aplica-se aos contratos regulamentados em pré-pagamento ou em pós-pagamento modalidade rateio

Contratante:			
Contrato número:		Data de exclusão:	
Parentesco	Nome do beneficiário		Número do cartão
Titular			

### Motivo da Exclusão

Desligamento da empresa  Óbito  Troca de Acomodação  Solicitação do beneficiário

### Motivo do desligamento – preencher se o motivo de exclusão foi desligamento da empresa

Demissão/exoneração sem justa causa  Aposentadoria  Outros – Especificar:

### Contribuição – preencher em caso de demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria

É considerada contribuição para o plano de saúde qualquer valor, parcial ou total, descontado dos rendimentos ou pago pelo beneficiário titular, para quitação da sua mensalidade de plano de saúde. Não são consideradas contribuições: as coparticipações em procedimentos, as franquias pagas ao prestador de serviços e o pagamento parcial ou total das mensalidades dos dependentes.

O beneficiário titular contribuía com o pagamento do plano de saúde fornecido pela empresa?

Não  Sim – Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses

### Declaração da empresa contratante

A contratante solicita a exclusão dos beneficiários relacionados e está ciente que nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998 e da Resolução Normativa ANS nº 488/2022, caso o beneficiário titular tenha contribuído para o pagamento de sua mensalidade do plano de saúde, tem direito a permanecer com o grupo familiar no contrato de assistência médica, desde que ele assuma o valor integral dos pagamentos de todas as obrigações decorrentes deste vínculo, inclusive da parte subsidiada pela empresa, pelos seguintes motivos e períodos:

- Demissão sem justa causa: um terço do tempo de contribuição, não inferior a seis meses ou superior a dois anos;
- Aposentadoria: um ano para cada ano de contribuição. Se o tempo de contribuição for superior a dez anos poderá permanecer por tempo indefinido.

O beneficiário titular não preenche os requisitos legais para permanecer no plano de saúde.

O beneficiário titular preenche os requisitos legais para permanecer no plano de saúde e, caso ele opte pela continuidade, autorizamos a sua permanência e de seu grupo familiar na condição de inativo.

Local e data: \_\_\_\_\_ Contratante (carimbo, assinatura e nome de quem assina)

### Declaração do beneficiário titular – ele deve assinar caso tenha direito a permanecer no plano de saúde

Declaro que recebi cópia desta Solicitação de Exclusão e estou recebendo o Termo de Adesão de Inativos, com os preços das mensalidades e as condições para permanência no contrato de plano de saúde, o qual deverá ser analisado, assinado e devolvido no **prazo máximo de trinta dias a contar da data de assinatura desta declaração**, sob pena de perder este direito. Sei que para permanecer deverei assumir integralmente o pagamento das mensalidades e demais obrigações, inclusive da parte subsidiada pela empresa. Estou ciente que a partir da data de exclusão não terei direito à assistência médica, até que opte pela permanência como beneficiário inativo ou contrate novo plano de saúde.

Local e data: \_\_\_\_\_ Beneficiário titular