



FORMULÁRIO PARA A SOLICITAÇÃO DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO POR DEMISSÃO OU APOSENTADORIA PERTENCENTE A PLANO COLETIVO EMPRESARIAL.

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE:

NOME DE SEU REPRESENTANTE LEGAL:

CÓDIGO DO CONTRATO:

NOME E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO:

PARA PREENCHIMENTO DA EMPRESA CONTRATANTE:

A CONTRATANTE vem solicitar por meio deste a exclusão do beneficiário titular abaixo e seus dependentes inscritos no plano de assistência médica e hospitalar firmado entre esta CONTRATANTE e esta operadora de planos de saúde.

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

CPF.:	R.G.	DATA DE NASC.	ESTADO CIVIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENDEREÇO COMPLETO:

NOME DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S):

1-

CPF.:	R.G.	DATA DE NASC.	ESTADO CIVIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOME DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S):

2-

CPF.:	R.G.	DATA DE NASC.	ESTADO CIVIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOME DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S):

3-

CPF.:	R.G.	DATA DE NASC.	ESTADO CIVIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FORMULÁRIO PARA A SOLICITAÇÃO DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO POR DEMISSÃO OU APOSENTADORIA PERTENCENTE A PLANO COLETIVO EMPRESARIAL.

A CONTRATANTE declara que o beneficiário fora devidamente comunicado de sua exclusão do contrato de plano de saúde desta operadora em tempo hábil para fazer a opção que lhe é assegurada contratualmente, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9.656/98, conforme se apreende do preenchimento dos dados abaixo.

A CONTRATANTE informa que:

- I – O beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa;
 por demissão ou exoneração por justa causa (neste caso, sem direito ao benefício do artigo 30 da Lei nº. 9.656/98).
 por aposentadoria;
 por opção do próprio beneficiário (neste caso, sem direito ao benefício dos artigo 30 e 31 da Lei nº. 9.656/98).
 outros. Especificar: _____
(neste caso, sem direito ao benefício dos artigo 30 e 31 da Lei nº. 9.656/98)

II – O beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra na condição de aposentado que continuou trabalhando na pessoa jurídica contratante SIM / NÃO

III – O beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde SIM / NÃO

IV – Caso tenha contribuído para o custeio do plano, por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde: _____; e

V – Quando comunicado de sua demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, o ex-empregado optou:

- pela sua manutenção como beneficiário ou
 se recusou a manter esta condição.
 por não preencher os requisitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e suas regulamentações, o beneficiário ora excluído foi informado que não tem direito a permanecer na condição de beneficiário ex-funcionário desta operadora.

PARA PREENCHIMENTO DO BENEFICIÁRIO ORA EXCLUÍDO:

(Preencher somente se o beneficiário tiver direito ao benefício)

O beneficiário titular acima identificado declara ter conhecimento dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9656/98, regulamentados pela Resolução Normativa nº. 279/11 da ANS, na qual garante-se o direito à manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados. O aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa terá o seu direito garantido, a partir do momento em que se desligar do empregador. Ainda, para fins dos direitos previstos, o empregado deverá ter contribuído, de forma parcial ou total, com o valor da mensalidade do seu plano de saúde, não sendo considerados os valores de coparticipação, nem da mensalidade dos seus dependentes.

E, assim sendo, o Beneficiário titular ainda declara:

Tenho interesse em manter a condição de beneficiário do plano de saúde como inativo da CONTRATANTE, sabendo que a formalização desta opção deve ocorrer junto à operadora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

Não tenho interesse em manter a condição de beneficiário do plano de saúde como inativo da CONTRATANTE.

Declaramos que as informações são verdadeiras e completas.

Maceió, _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE
(assinatura e carimbo)

EX-EMPREGADO
(assinatura e CPF)