

*** Preenchimento obrigatório pela empregadora**

Razão social da empresa		Número do contrato	
Nome do beneficiário			
Número do beneficiário de saúde		CPF	
*MOTIVO DO CANCELAMENTO (EXCLUSÃO)			
Pedido de demissão (empregado) ou exoneração (funcionário)		Demissão/exoneração sem justa causa	
Aposentadoria		Demissão por justa causa	
Óbito do titular		Transferência entre filiais	
Extinção por acordo entre empregado e empregador. Art. 484-A da CLT		Desistência do plano	
		Término de contrato de trabalho/estágio	
* Se demitido ou exonerado sem justa causa, informar a data da demissão/exoneração		____/____/____	
Se aposentado, informar a data da concessão da aposentadoria		____/____/____	
* O ex-empregado contribuiu em algum momento para a manutenção do plano de saúde, seja na atual operadora de planos de saúde, seja para a operadora de planos de saúde anterior, ou mesmo enquanto beneficiário de plano de saúde fornecido pela empresa empregadora que foi submetida a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação com a atual contratante?			
Sim		Não	
Obs.: o ex-empregado contribuinte é aquele que contribuiu/arcou com o pagamento do plano privado de assistência à saúde, de forma parcial ou integral, mediante desconto em contracheque. Vale destacar que os valores pagos relacionados aos dependentes/agregados e, ainda a coparticipação e a franquia não são considerados contribuição ao plano de saúde. (Art. 2º, inciso I, RN 488 nº da ANS).			

Preenchimento obrigatório quando o ex-empregado e contribuinte se enquadrar nos motivos de cancelamento: demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria, conforme arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

** Se contribuinte, o beneficiário é ex-empregado aposentado que permaneceu trabalhando na mesma empresa nos termos do art. 22 da RN nº 488/22 da ANS?	
Sim	Não
** Se contribuinte, o beneficiário foi informado do seu direito de optar pela manutenção do plano?	
Sim	Não
** Se contribuinte, deve escolher se:	
Quer manter o benefício de saúde	Data da opção
Não quer manter o benefício de saúde	____/____/____

** Qual o tempo total de contribuição do beneficiário demitido ou aposentado para a contagem de permanência no benefício?		
anos	meses	dias

* Preenchimento obrigatório pela empresa.

** Preenchimento obrigatório se o ex-empregado em algum momento foi contribuinte.

Obs.: ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa: cobertura equivalente a 1/3 do tempo de contribuição na empresa, sendo um mínimo de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
 Ex-empregado aposentado: cobertura por prazo indeterminado aos que contribuíram por, no mínimo, 10 (dez) anos.
 Para os que contribuíram por menos de 10 (dez) anos, a cobertura se dará à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

*** Havendo a opção pela manutenção do benefício de saúde, informar o endereço residencial do titular para o envio das faturas e correspondências referentes ao plano.

Endereço		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	

*** Eu, _____, declaro que recebi nesta data todas as informações acima mencionadas, referentes à opção pela manutenção do plano de saúde, inclusive em relação ao preço.

Estou ciente de que as regras de reajuste anual seguirão a previsão contratual e de que o período de sua aplicação, consequentemente, seguirá a data prevista no contrato coletivo empresarial do qual faço parte. Da mesma forma, declaro estar ciente de que os reajustes por faixa etária, quando cabíveis, serão aplicados de acordo com a tabela prevista no referido contrato.

Por fim, declaro estar ciente de que terei o benefício cancelado caso atrase o pagamento das mensalidades por um período superior a 60 (sessenta) dias, contínuos ou não, conforme estabelece a Lei nº 9.656/98, assim como na hipótese de trabalhar em outra empresa que ofereça o benefício, condição esta que devo notificar imediatamente à Operadora de Saúde.

RN nº 438 – COMUNICAÇÃO DE EXTINÇÃO DE VÍNCULO – POSSIBILIDADE DE EXERCÍCIO DE PORTABILIDADE Artigo 8º, §1º da RN nº 438

A exclusão do beneficiário foi solicitada pelo motivo assinalado abaixo:

Beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998

Beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998

Em razão da extinção de vínculo, o beneficiário poderá exercer a portabilidade de carências no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da sua efetiva exclusão. O prazo final para a realização da portabilidade é ____ / ____ / ____*. O valor da mensalidade do beneficiário excluído é de R\$ _____.

* O prazo final para a realização da portabilidade poderá ser alterado caso sua exclusão ocorra em período posterior à data programada, por motivos operacionais.

**** Dados do(s) dependente(s) que deseja excluir do contrato (opcional):

Nome completo	Data de nascimento / /
Matrícula (número do beneficiário)	
Nome completo	Data de nascimento / /
Matrícula (número do beneficiário)	
Nome completo	Data de nascimento / /
Matrícula (número do beneficiário)	

*** Preenchimento obrigatório quando o ex-empregado fizer a opção pela manutenção do plano de saúde.

**** Preenchimento opcional quando o ex-empregado fizer a opção pela manutenção do plano de saúde

Número do contrato de origem:			Número do contrato de destino:		
Plano médico atual:	Código:		Plano médico de destino:	Código:	
			Acomodação:	Coletiva	Privativa

Solicitação de troca de titularidade em caso de óbito do titular aposentado que contribuiu com o plano de saúde.

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____, venho, por meio desta, solicitar a transferência de titularidade do benefício "plano de saúde" por motivo de óbito do beneficiário titular.

Declaro que recebi nesta data todas as informações acima mencionadas, referentes à opção pela manutenção do plano de saúde, inclusive em relação ao preço.

Estou ciente de que as regras de reajuste anual seguirão a previsão contratual e de que o período de sua aplicação, conseqüentemente, seguirá a data prevista no contrato coletivo empresarial do qual faço parte. Da mesma forma, declaro estar ciente de que os reajustes por faixa etária, quando cabíveis, serão aplicados de acordo com a tabela prevista no referido contrato.

Estou ciente e concordo com todas as informações preenchidas neste formulário.

Por fim, declaro estar ciente de que terei o benefício cancelado caso atrase o pagamento das mensalidades por um período superior a 60 (sessenta) dias, contínuos ou não, conforme estabelece a Lei nº 9.656/98, assim como na hipótese de trabalhar em outra empresa que oferte o benefício, condição esta que devo notificar imediatamente à Operadora de Saúde.

Declaro que estou ciente das responsabilidades civis e que constitui crime prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigação, ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, assim como estou ciente acerca das penalidades que variam de um a três anos de reclusão e multa, conforme previsto no art. 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura e carimbo da contratante
(empresa) OBRIGATÓRIOS

Assinatura do ex-empregado
(OBRIGATÓRIA CASO CONTRIBUTÁRIO) ou empregado
(QUANDO DESISTENTE DO PLANO)