

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 00.281.604/0001-54
-------------------------------	----------------------------

É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DOS ITENS INDICADOS EM VERMELHO E QUE CONSTEM ASTERISCO*

2. DADOS DO(A) CONTRATANTE*

2. É NECESSÁRIO PREENCHER COM O NOME DA EMPRESA EM QUE O BENEFICIÁRIO A SER EXCLUÍDO ESTÁ VINCULADO.

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE*	Nº CONTRATO
------------------------------	-------------

3. DADOS DO TITULAR*

3. PREENCHER OS DADOS DO BENEFICIÁRIO QUE ESTÁ SE DESLIGANDO DA EMPRESA

A DATA DE EXCLUSÃO SERÁ SEMPRE O DIA 1º DO MÊS SEGUINTE A ENTREGA DO FORMULÁRIO.

Devido a rescisão do contrato de trabalho, demissão ou aposentadoria, o beneficiário titular abaixo mencionado, consequentemente, dos dependentes a ele vinculados:

Motivo	Código beneficiário*	Nome do beneficiário*	Data de exclusão*
70			__/__/__

Motivo de exclusão: 70 – Desligamento da empresa e/ou associado

EX.: SE O FORMULÁRIO FOR ENTREGUE NO DIA 12/05/2021 A EXCLUSÃO SERÁ PROCESSADA PARA 01/06/2021.

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):

4. DEVE-SE ASSINALAR QUAL FOI O MOTIVO DO DESLIGAMENTO DO TITULAR.

Nota: Somente é considerada contribuição para viabilidade do 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 nº 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:

- a) Já contribuisse 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;
- b) Assuma o pagamento integral do plano de saúde, de acordo com a tabela de contribuições para a sua faixa etária e de seus dependentes; e
- c) A opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de ciência.

CASO NÃO OPTE OU DESEJE ANALISAR A PROPOSTA: NECESSÁRIO ENCAMINHAR APENAS ESTA PRIMEIRA PÁGINA DO FORMULÁRIO.

6. O EX-COLABORADOR DEVE ASSINALAR A PRÓPRIO PUNHO SE DESEJA OU NÃO DAR CONTINUIDADE AO PLANO ATAVÉS DO BENEFÍCIO.

6. MANIFESTAÇÃO DE OPÇÃO*

Declaro que estou ciente dos meus direitos e obrigações 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.

CASO OPTE: NECESSÁRIO ENCAMINHAR AS DEMAIS PÁGINAS DESTES FORMULÁRIO + DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS CITADOS NO BLOG RH CONNECTION.

DATA DA CIÊNCIA: __/__/__

DATA NA QUAL O EX-COLABORADOR FOI INFORMADO ACERCA DO BENEFÍCIO.

ASSINATURA DO(A) CONTRATANTE*

ASSINATURA DO EX-EMPREGADO*

II - FORMULÁRIO MANUTENÇÃO NO PLANO COMO EX-EMPREGADO

1. DADOS DO(A) CONTRATANTE*

1. É NECESSÁRIO PREENCHER COM O NOME DA EMPRESA EM QUE O BENEFICIÁRIO A SER EXCLUÍDO ESTÁ VINCULADO.

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE*	Nº CONTRATO
------------------------------	-------------

2. DADOS DO PLANO*

2. DEVE-SE ASSINALAR CONFORME A MODALIDADE DE PLANO QUE JÁ POSSUI.

ABRANGÊNCIA

Nacional Estadual Regional Municipal

INÍCIO DE VIGÊNCIA

___/___/___

COPARTICIPAÇÃO

0% 20% 30% 50%

ACOMODAÇÃO

Coletivo Apto Sem Internação

2. O INÍCIO DE VIGÊNCIA SERÁ EM REGRA O DIA 1º DO MÊS SEGUINTE A ENTREGA DO FORMULÁRIO.

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

3. O EX-COLABORADOR DEVE PREENCHER SEUS DADOS ATUALIZADOS.

*Nos casos de beneficiário aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e faleceu, é obrigatório formalizar, por termo aditivo, qual dependente inscrito assumirá a responsabilidade do plano, inclusive o pagamento.

4. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES*

O ex-empregado têm direito de manter ou não todos os dependentes no plano de saúde antes do desligamento da empresa e posteriormente poderá incluir outros.

4. DEVE-SE PREENCHER APENAS CASO POSSUA DEPENDENTES E DESEJE MANTÊ-LOS NO BENEFÍCIO.

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

EM CASO DE DEPENDENTES FILHOS ESTES PODERÃO PERMANECER NO BENEFÍCIO APENAS ATÉ 24 ANOS DE IDADE INCOMPLETOS.

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. O EX-COLABORADOR DEVE ASSINALAR DE QUE FORMA DESEJA RECEBER O BOLETO, POIS AS COBRANÇAS IRÃO PASSAR A IR DIRETAMENTE A ELE, E NÃO MAIS NA FATURA DA EMPRESA.

5. VENCIMENTO E ENVIO DO BOLETO*

VENCIMENTO	<input type="checkbox"/> Débito automático em minha conta corrente, sendo obrigatório envio da autorização; <input type="checkbox"/> Retirar o boleto no Portal do Beneficiário/Cadastro Web; <input type="checkbox"/> Boleto seja encaminhado ao e-mail do titular acima informado; <input type="checkbox"/> Retirar o boleto na sede dos Correios, devido ausência de número do logradouro ou ausência dos serviços de entrega dos Correios*;
15	

A DATA DE VENCIMENTO DO BOLETO NÃO É PASSÍVEL DE ALTERAÇÃO.

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 <u>mínimo de seis meses</u> e o <u>máximo de dois anos</u> .	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 10 (dez) anos de contribuição: Poderá permanecer no plano por <u>período equivalente ao tempo de contribuição</u>; ou • 10 (dez) anos ou mais de contribuição: Poderá permanecer no plano <u>indefinidamente, enquanto a empresa mantiver o plano de saúde para os empregados ativos</u>.

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:

- Assumirei o pagamento integral da mensalidade prevista na tabela de valores para inativos e coparticipações, se houver.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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:

- 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.
- Ocorrendo o cancelamento do plano de ex-empregado, conforme condições acima especificadas, é de minha responsabilidade a devolução dos cartões de identificação.
- Posso exercer a portabilidade de carências de carências nesta Operadora ou em outra, nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da CONTRATADA.
- 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.
- O plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar.
- a Operadora realizará o tratamento dos dados pessoais fornecidos por mim em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”), inclusive, quando aplicável, para fins de compartilhamento com outras UnimedS por meio do Sistema de Intercâmbio ou com prestadores de serviços parceiros, tudo conforme Política de Privacidade disponível eletronicamente no site <https://www.unimed.coop.br/web/altovale/politica-protacao-de-dados>

Declaro ainda que:

- a. na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes vinculados ao mesmo,
- b. na qualidade de titular e responsável legal dos adolescentes (maior de 12 anos e menores de 18), ou incapazes, tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.

→ DATA: ____/____/____.

→ ASSINATURA DO EX-EMPREGADO*

9. TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS**MENOR DE IDADE (CRIANÇA ATÉ 12 ANOS)**

Na qualidade de responsável legal pelo menor de idade (criança até 12 anos), declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações acima e tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento de seus respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.

→ Assinatura do Titular (Responsável Legal)* _____

**9. O TITULAR DEVERÁ
OBRIGATORIAMENTE ASSINAR O
ITEM, APENAS QUANDO POSSUIR
FILHOS (DEPENDENTE) ATÉ 12
ANOS DE IDADE.**

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(as):** Cópia do CPF, CNS, Cópia da Certidão de Nascimento ou RG;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos 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 e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
- **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos e comprovação de convivência do casal;
- **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos 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 e Termo de Curatela.