

Formulário de movimentação cadastral para exclusão de beneficiário e informações sobre o ex-empregado para fins dos arts. 11 e 12 da resolução normativa nº 279/11 da ANS.

Preenchimento obrigatório pela empregadora

Empresa Razão Social		
Número do Contrato	Tipo do Contrato <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental	Nome do Beneficiário
Número do Beneficiário		CPF
*MOTIVO DO CANCELAMENTO (EXCLUSÃO)		
<input type="checkbox"/> Pedido de demissão (empregado) ou exoneração (funcionário)		<input type="checkbox"/> Demissão/exoneração sem justa causa
<input type="checkbox"/> Demissão por justa causa		
<input type="checkbox"/> Aposentadoria	<input type="checkbox"/> Óbito do Titular	<input type="checkbox"/> Desistência do plano
<input type="checkbox"/> Extinção por acordo entre empregado e empregador. Art. 484-A CLT		<input type="checkbox"/> 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/dental, 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/dental fornecido pela empresa empregadora que foi submetida a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação com a atual contratante?		
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Obs. 1: O ex-empregado contributário é aquele que contribuiu/arcou com o pagamento do plano privado de assistência à saúde/dental, de forma parcial ou integral, mediante desconto em contracheque. Vale destacar que os valores pagos relacionados aos dependentes/agregados e, ainda, coparticipação e franquia não são considerados contribuição ao plano de saúde/dental. (Art. 2º, inciso I, RN 279 da ANS).		

Preenchimento obrigatório quando o ex-empregado e contributário se enquadrar nos motivos de cancelamento: demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria, conforme arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98.

** Se contributário, o beneficiário é ex-empregado "aposentado" que permaneceu trabalhando na mesma empresa nos termos do art. 22 da RN 279/11 da ANS?		
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
** Se contributário, o beneficiário foi informado do seu direito de "optar" pela manutenção do plano de saúde/dental?		
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
** Se contributário, deve escolher se		Data da opção
<input type="checkbox"/> Quer manter o benefício saúde/dental	<input type="checkbox"/> Não quer manter o benefício saúde/dental	____/____/____
** Qual o tempo total de contribuição do beneficiário demitido ou aposentado para a contagem de permanência no benefício?		
Anos	Meses	Dias

Obs. 2: - 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 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.

* Preenchimento obrigatório pela empresa.

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



Formulário de movimentação cadastral para exclusão de beneficiário e informações sobre o ex-empregado para fins dos arts. 11 e 12 da resolução normativa nº 279/11 da ANS.

***Havendo a opção pela manutenção do benefício saúde/dental, informar o endereço residencial do titular para 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 de meu benefício saúde/dental e, inclusive o preço. Estou ciente de que as regras de reajuste anual seguirão a previsão contratual e que o período de aplicação seguirá a data de contratação do contrato empresarial do qual faço parte.

Declaro estar ciente de que serão aplicados os reajustes por faixa etária, de acordo com a tabela prevista no contrato empresarial.

Por fim, declaro estar ciente de que terei o benefício cancelado, caso atrase o pagamento por um período superior a 60 dias (contínuos ou não), conforme estabelece a Lei nº 9.656/98, ou se for admitido em outra empresa, condição esta que devo notificar imediatamente a assistência médica/odontológica, mediante devolução dos cartões de identificação.

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

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

**** Dados do dependente 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)	

**** Preencher os campos abaixo somente quando optar pela alteração do plano (de acordo com os produtos contemplados no contrato da ex-empregadora).

Plano atual	Plano para o qual deseja migrar
Tipo de plano médico atual	Tipo de plano médico desejado
Acomodação <input type="checkbox"/> Coletivo	<input type="checkbox"/> Privativo
Tipo de plano dental atual	Tipo de plano dental desejado

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, bem assim das penalidades que variam de 01 (um) a 03 (três) anos de reclusão e multa, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

_____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura e carimbo da contratante
(empresa) - OBRIGATÓRIA

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

